



Федеральное агентство по образованию
Ульяновский Государственный Университет
Институт медицины, экологии и физической культуры
кафедра медицинской психологии, психоневрологии и
психиатрии

И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров

СОМАТОПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

по курсу «Соматопсихология»

**Ульяновск
2005**

**ББК 88.481я73
Т 92**

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета*

**Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З.
Т 92**

Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» – Ульяновск: УлГУ, 2005.

Настоящая работа – первое учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология», издаваемое кафедрой медицинской психологии, психоневрологии и психиатрии УлГУ. В пособии отражены основные концепции возникновения психосоматических заболеваний. Представлены патогенетические механизмы, факторы риска, психофеноменология основных психосоматических

заболеваний и функциональных расстройств, рассматривается концепция внутренней картины здоровья и болезни, а также особенности психосоматической личности и типы реагирования на заболевание.

Пособие рекомендуется студентам, изучающим медицинскую (клиническую) психологию, психологию, педагогику, социальную работу, адаптивную физическую культуру, а также специалистам в области медицинской психологии, психологам, психотерапевтам, психиатрам, социальным работникам, врачам-интернистам и всем кто интересуется проблемой взаимосвязи психики и соматических заболеваний.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и ЛФК, доктор медицинских наук, профессор УлГУ *Машин В.В.*

Заведующая кафедрой физиологии труда и спорта УлГУ, доктор биологических наук, профессор *Гондарева Л.Н.*

©Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З., 2005

©Ульяновский государственный

**университет,
2005**

СОДЕРЖАНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ.....	
Глава 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ.....	
1.1. Психодинамические концепции и «гипотеза специфичности» психологических факторов в генезе психосоматозов	7
1.2. Стресс и «неспецифичность» роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов	10
1.3. Классификация психосоматических расстройств (по Е. Bleuler):	12
1.4. Психосоматическая личность и ее особенности	13
1.5. Нейрофизиологические предпосылки и патогенетические механизмы развития психосоматических расстройств	15
Глава 2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	1
2.1. Психосоматические нарушения при сосудистой дистонии	18
2.2. Психопатологическая картина и личностный профиль больных с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда	25
Глава 3. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ.....	2
Глава 4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	3
4.1. Нарушение пищевого поведения	31
4.2. Психогенная тошнота и рвота	35
4.3. Функциональные запоры и поносы	36
4.4. Функциональные нарушения тонуса и моторики полых органов брюшной полости	39
Глава 5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	4
Глава 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	4
Глава 7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ	52
Глава 8. ПСИХОГЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	6
8.1. Возрастная периодизация сексуального поведения	64
8.2. Основные проявления нормальной сексуальной активности взрослого	66
8.3. Причины психосексуальных расстройств	68
8.4. Сексуальные расстройства у мужчин	71
8.5. Сексуальные расстройства у женщин	75
Глава 9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ.....	8
Глава 10. КОНЦЕПЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ.....	8
Глава 11. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	9
11.1. Условия проведения экспериментально-психологических исследований	97
11.2. Рекомендуемые методики экспериментально-психологического исследования соматических больных	97
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	10

ЛИТЕРАТУРА.....	12
-----------------	----

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматическая проблема как таковая возникла в древности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая – гиппократическая школа Косса; вторая – школа первых анатомов Книдоса. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная, «психосоматическая» концепция); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация). Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае – «человек болен», во втором – «у человека есть болезнь». Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины.

В греческой философии была довольно распространенной мысль о влиянии души и духа на тело. В диалоге «Хармид» Платон рассказывал Сократу об одном юноше, который страдал головной болью: «Если будет хорошо с глазами, то хорошо пойдёт и с головой, а если будет хорошо с головой, то будет хорошо и всему телу, а тело нельзя лечить без души. Ибо от души идет всё - как доброе, так и злое, как на тело, так и на всего человека... А душа должна лечиться особыми целебными разговорами... Однако эти целебные разговоры должны быть и красивыми речами. Благодаря речам такого рода в душе преобладает благоразумие». Платон говорит в этом диалоге о том, что, по современным представлениям, определяет возможности психосоматического мышления и реагирования: благодаря излечению головы юноша сможет улучшить всю свою душевную жизнь.

В связи с открытиями в XIX веке в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа

целлюлярной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа, второе направление взяло верх. Нарастающая «технизация» медицины надолго заслонила от врачей психологические стороны заболевания больного и понятия «психосоматическое заболевание», «психосоматическая медицина» укоренились повсеместно лишь в последние десятилетия.

Автором термина «психосоматический» считается немецкий врач Heinroth, который в 1818 г. сформулировал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические». В 1822 г. Jacobi ввел понятие «соматопсихический», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых заболеваний. В 1824 г. Groos писал: «Если мы будем искать первопричину многообразнейших заболеваний, то найдем ее в непосредственном вредном воздействии страстей на тело», таким образом, предполагая, что «сущность душевных болезней имеет психосоматическую природу».

Отечественная медицина при изучении болезней исходит из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и другие подчеркивали необходимость учета личностных особенностей больных, как в диагностике, так и терапии заболеваний. Проблеме психосоматических соотношений уделяли много внимания и такие исследователи, как К.М. Быков и И.Т. Курцин (1960), Г.В. Морозов и М.С. Лебединский (1972), Ф.Б. Бассин (1970,1972), Т.И. Царегородцев и Г.Х. Шингаров (1972), Д.Н. Исаев (1996) и многие другие.

Психосоматическая медицина возникла (точнее, вновь возродилась) как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине (Николаева В.В., 1987). Кроме того, в ходе последних десятилетий становилось все отчетливее понимание, что привычное разделение между «органическими» и «функциональными»

заболеваниями основано на спорных предпосылках, а болезни чаще возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к роли в болезни психологических и социальных факторов. Это тем более актуально, что по статистическим данным и самым осторожным оценкам примерно 1/3 больных, приходящих на прием к интернисту, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и резистентность к терапии (Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Креггер Ф., 1996).

Психосоматические расстройства (от греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии.

Соматопсихология – направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, нейродермита, неспецифического хронического полиартрита и др.).

Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и

поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине.

Психосоматическая медицина представляет собой современную концепцию, науку о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Она учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний.

В последние годы наибольшую популярность приобретает психосоматический подход к любым заболеваниям, охватывающий проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и Полле (искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью) (Исаев Д.Н., 1996).

В настоящее время психосоматическая медицина решает три важные вопроса:

- 1) вопрос о пусковом механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;
- 2) почему один и тот же сверхсильный психологический фактор у одних людей вызывает яркую эмоциональную реакцию и соответствующий комплекс вегето-висцеральных сдвигов, а у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;
- 3) почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвертых – эндокринной системы и т.д. (проблема «выбора органа»).

Глава 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ

1.1. Психодинамические концепции и «гипотеза специфичности» психологических факторов в генезе психосоматозов

Психоаналитическая теория

В основе психоаналитической теории лежат идеи внутриличностного конфликта - наличие в психике человека двух одинаковых по силе мотивов, но противоположных по направленности. Как правило, конфликт заложен в детстве и указывает на определенный тип личности. Например: развитие гипертонической болезни связана с внутриличностными конфликтами. При этом, для больных характерно стремление к социально-нормативному поведению с одной стороны, с другой стороны - стремление властвовать над окружающими. Эти два мотива - противодействие, при котором возникает психическая и физиологическая напряженность, обуславливающая повышение артериального давления. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пациента с одной стороны: потребность в защите, опеке, поддержке окружающих, а с другой стороны - неприемлемость себя, этой потребности, вытеснение ее.

Возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения, которое проявляется через расстройство функции органа. Если эта тенденция - конверсия на орган - обратима, то речь идет о неврозе (истерия), но если же она не поддается обратному развитию и приводит к деструкции органа, то речь идет о психосоматическом заболевании (Jilliffe, 1939).

Связь между психологическими феноменами и клиническими симптомами получила название **«гипотезы психосоматической специфичности»**.

Ортодоксальный психоанализ объяснял возникновение соматических расстройств относительно просто: поражение

той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца возникает после того, как человек набрал номер телефона, ожидая неприятного разговора, а нервный зуд (экзема) есть ничто иное, как эквивалент полового акта, т.к. имеются все его фазы: нарастает напряжение и неудовольствие с потребностью разрядки, затем сами действия (почесывание) и последующий спад напряжения (схема полового акта). В любом случае в бессознательной сфере имеется сексуальный конфликт, но невроз или сублимация не возникали, и в результате страдали внутренние органы.

Неофрейдисты (Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни) рассматривали психосоматическое заболевание более сложно – как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Например, психосоматическая специфичность усматривается не в сексуальном конфликте, а в неофрейдистском аспекте «выбора свободы и ответственности человека за то, что он выбирает». Э. Фромм, в частности, утверждает, что симптомы головной боли и болей в плечевом поясе есть своеобразная символизация эмоций озабоченности человека, выражение трудностей несения «бремени свободы».

С 50-х годов психосоматическая медицина связана с так называемой «групповой психодинамикой». Групповой конфликт ведет к социально нарушенным формам поведения, неврозам. Если нет возможности проявления этого бессознательного нежелания поддерживать контакт с группой в указанных формах, то «протест группе» выражается в соматическом заболевании. Симптомы болезни символизируют конфликты между индивидом и его социальным окружением.

«Теория психосоматической специфичности» Ф. Александера

Врач и аналитик Франц Александер (Alexander F., 1891-1964) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных:

1) личностная диспозиция («психодинамическая конфигурация с соответствующими процессами психологической защиты»), которая складывается с детства.

2) провоцирующая эмоциогенная жизненная ситуация, когда какие-либо переживания и события предшествуют болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт.

3) определенная конституция - «соматическая подверженность» или «неполноценность органа» Эту «уязвимость» органа иногда именуют «конституциональным фактором X», определяющим «выбор симптоматики».

Ф. Александер большое значение придавал «вегетативному сопровождению» эмоций в возникновении патологии органа. Если эмоция неотреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа. Чаще всего не могут свободно выражаться и реализовываться враждебные, эротические импульсы, чувство вины и неполноценности. Их бессознательное подавление и приводит к хронической дисфункции органов.

Концепция «личностных профилей» Ф. Данбар

Американский врач F. Dunbar (1943) определила корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она изучила большое количество больных с различными соматическими заболеваниями и заметила значительное сходство в

особенностях личности больных одной нозологии.

В результате непосредственных клинических наблюдений она определила у 80% людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль, который она назвала «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользуются авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию исходящую из неосознанного чувства вины.

Ф. Данбар описала личность, склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели.

В последующем были описаны: «язвенная личность», «артрическая личность» и т.д., полагая, что личностные профили имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Ф. Данбар описывает и общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами. Эти особенности выражаются в инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной включенности в ситуацию, больные часто не способны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.

Модель десоматизации-ресоматизации М. Шура

Развитие здорового ребенка М. Шур (1955) характеризует как процесс «десоматизации». Грудные дети в силу их недоразвитых, недифференцированных психических и соматических структур на внешние воздействия реагируют

диффузно, соматически и бессознательно. Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия проявляются в некоординированной мышечной деятельности. Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. Психический и соматический элементы в реакциях у них еще нерасторжимо связаны друг с другом. По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше и ребенок начинает позволять все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха (вторичные психические процессы, по Фрейду).

М. Шур рассматривал психосоматическую регрессию (ресоматизация) как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при «слабости» и нестабильности «Я», когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования.

1.2. Стресс и «неспецифичность» роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов

Существует альтернативная гипотеза о том, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней.

Неспецифические теории возникновения психосоматических расстройств подтверждаются и экспериментальными фактами на животных. При хроническом стрессе у животных развиваются психосоматические расстройства (например, пептическая язва), но у животных вряд ли имеются черты специфической личности или бессознательный психо-

логический конфликт, свойственные человеку.

Теория условных рефлексов и кортико-висцеральная теория

Русский физиолог И.П. Павлов (1849-1936) в рамках высшей нервной деятельности различал условные и безусловные рефлексы. Безусловные (врожденные, подкорковые) рефлексы соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями, и служат удовлетворению элементарных потребностей. Условные рефлексы прижизненны и являются результатом научения. При построении психосоматических теорий модель условных рефлексов оказалась интересной. В частности, экспериментально показано, что приступы бронхиальной астмы на введение антигена удается у животных условно-рефлекторно связать с акустическим сигналом уже через несколько подкреплений. А если выработать два условных рефлекса с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно (моделирование т.н. экспериментального невроза), то подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Позднее К.М. Быковым и И.Т. Курциным (1960) была создана кортико-висцеральная гипотеза происхождения психосоматических заболеваний. Возникновение последних связывалось с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга. На животных были экспериментально созданы модели невроза сердца, сосудов, желудка и кишечника.

Хронический неспецифический стресс

Г. Селье ввел понятие адаптационного синдрома, который, протекает различно в зависимости от того, в

какой исходной ситуации находится организм. Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Таким образом, общий адаптационный синдром может быть посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.

Первые исследования проявлений стресса относились к действию определенных острых ситуаций, но и хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности также обнаруживает физиологические корреляты с психосоматическими расстройствами у генетически предрасположенных субъектов.

Выделяют признаки стрессового напряжения (по Шефферу):

- 1) невозможность сосредоточиться на чем-либо;
- 2) частые ошибки в работе;
- 3) ухудшение памяти;
- 4) частое возникновение чувства усталости;
- 5) очень быстрая речь;
- 6) довольно частые боли (голова, спина, область желудка);
- 7) повышенная возбудимость;
- 8) работа не доставляет прежней радости;
- 9) потеря чувства юмора;
- 10) резко возросшее число выкуриваемых сигарет;
- 11) пристрастие к алкогольным напиткам;
- 12) постоянное ощущение недоедания;
- 13) потеря аппетита;
- 14) невозможность вовремя закончить работу.

Теория жизненных событий Т. Холмса и Р. Райха

Жизненная стрессовая травмирующая ситуация ставит перед человеком проблемы, с которыми он не может справиться самостоятельно на должном уровне. При этом

имеет значение частота и тяжесть переживаемых событий. Т.Н. Holmes., R.H. Rahe (1967) создали теорию жизненных событий и разработали специальную шкалу для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни (приложение 1). В шкале содержится ряд житейских событий, выраженность стрессогенного влияния которых оцениваются в баллах. В течение года у человека набирается таких событий в среднем на 150 баллов. Если их число возрастает более чем в два раза (300 баллов), то вероятность заболевания у такого человека составляет 80%. Если число событий в сумме составляет от 300 до 200 баллов, то риск болезни составляет 50%, а при сумме баллов от 200 до 150 – риск физической реакции на стресс составляет 30%.

1.3. Классификация психосоматических расстройств (по E. Bleuler):

К первой группе расстройств относятся психосоматозы, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор органа. Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и решающим провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический стресс.

Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и

гипертиреоидный синдром («чикагская семерка», по F. Alexander, 1968).

Вторую группу составляют психосоматические функциональные синдромы – «соматизированные» формы неврозов («неврозы органов», системные неврозы или вегетоневрозы). В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, «маскируются» под него. Такие депрессии принято называть «маскированными» или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов относят мигрень, различные отклонения деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, психогенные боли в сердце), желудочно-кишечного тракта (психогенные запоры и поносы), психогенные расстройства дыхания (бронхиальная астма), сексуальные расстройства и др.

Третью группу составляют расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения – склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, ожирение и другие). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

1.4. Психосоматическая личность и ее особенности

В 50-60 гг. нашего века сложилась концепция профиля личности. Основная идея состоит в том, что для каждого психосоматического расстройства характерна определенная личностная структура. К общим характеристикам профилей личностей при различных психосоматических расстройствах относят:

- наличие хронических переживаний;
- наличие подавления эмоций, т.е. их вытеснение;
- стремление к невротическому соперничеству (конкуренция), т.е. невротик сравнивает себя с различными людьми и часто не в свою пользу.

В психосоматической медицине предполагается существование преппсихосоматического личностного радикала - личностных особенностей, которые приводят к заболеванию, т.е. очага психосоматической импульсации, фиксированного патопластического переживания. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. При поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта проявления радикала усугубляются.

Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерны общие признаки: ущемленность и связанная с ней обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида. Характерна утрированная мужественность, истероидность, озлобленность.

Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру.

Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия «Я» на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации.

Психосоматическая структура личности в большой степени определяется понятием «алекситимия» (греч. а – отсутствие, lexis – слово, thymos – эмоции). Предполагают, что особенно предрасположены к психосоматическим заболеваниям алекситимические субъекты (Sifneos P.E., 1973). Они отличаются бедным жизненным воображением и недостаточной эмоциональной включенностью в объективную ситуацию, ослаблением сопереживания. Лица с выраженным алекситимическим личностным радикалом обычно не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения. Они не осознают своих эмоциональных конфликтов, не могут их вербализировать, так что психосоматические расстройства могут быть результатом накопления эмоционального раздражения.

Для психосоматических больных характерны следующие признаки:

- своеобразная ограниченность способности фантазировать;
- типичная неспособность выражать переживаемые чувства;
- высокая приспособленность к товарищеским отношениям, их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений», они остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов;
- неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса, при этом происходит тотальное идентифицирование с объектом: психосоматический больной существует, с помощью другого человека, поэтому потеря этой «ключевой фигуры» часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале

болезни (феномен потери объекта привязанности).

1.5. Нейрофизиологические предпосылки и патогенетические механизмы развития психосоматических расстройств

Учение о тесной взаимосвязи самочувствия с психическим состоянием индивида, о соматическом резонансе психических процессов в виде преходящих или хронифицирующихся функциональных нарушениях внутренних органов проходит красной нитью через всю историю медицины. Внутренняя речь эмоций - это функция органов (Краснушкин Е. К., 1934); каждое психическое возбуждение получает то или иное отражение в телесных ощущениях и процессах, как в норме, так и в патологии. Так, страх (ощущение какой-то опасности, зла) ассоциируется с определенным и крайне тягостным физическим состоянием, а воспоминание о нем сопровождается душевным трепетом, испариной, дрожью в руках, тяжестью в желудке, тошнотой и ощущением удушья. Арабские врачи узнавали недуг влюбленного по изменению пульса, перечисляя вслух сначала названия всех кварталов города, затем улиц в квартале, домов на некой улице и, наконец, жителей конкретного дома.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в центральную нервную систему (ЦНС), усиливает эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Негативные эмоции висцерального происхождения, таким образом, как бы подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится чувствительной к

внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любой незначительной соматической вредностью или даже обычной работой внутренних органов. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

В этом процессе ключевым звеном является долговременная память. Центром эмоций, мотивации и памяти, как известно, является лимбическая система (ЛС). Гипоталамус, входящий в ее состав, отвечает за регуляцию вегетативной нервной системы (ВНС) и эндокринного звена, в нем находятся центры агрессии, пищевой и половой центры. Таким образом, ЛС - это высшая интегративная структура ЦНС, основной функцией которой является согласование эмоциональной реакции и ее нейровегетативного и нейроэндокринного обеспечения.

ЛС - это еще и центр памяти. Долговременная память - эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем. Пережитое человеком стрессовое состояние закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде «следов памяти» (энграмм). Не только частые или затянувшиеся стрессовые ситуации, но также испытанный хотя бы раз в жизни острый страх смерти оставляют неизгладимый след в долговременной памяти индивида. Формирование матрицы долгосрочной памяти представляет собой стойкое запечатление следов однократного психофизиологического состояния, возникшего вследствие психогенного или соматогенного воздействия, которое оказалось по тем или иным причинам экстремальным для данного индивида.

Например, пароксизмы синусовой тахикардии с ощущением удушья и страха смерти возникают при снижении настроения или переутомления у больной с аналогичным эпизодом на фоне послеродового эндометрита в прошлом. Подлинной причиной рецидива нередко становится лишь «воскрешение» соответствующей симптоматики вследствие оживления следов. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько вызванных им или случайно совпавших душевных переживаний. Первостепенным фактором, обуславливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни, испытанный в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует практически о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих известный повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

С физиологическими аспектами долгосрочной памяти все больше смыкается и проблема *locus minoris resistentiae* – проблема преимущественной локализации психосоматических расстройств, возникающих под воздействием одной и той же стрессовой ситуации в виде сердечно-сосудистых или респираторных нарушений у одних больных, мочеполовых или псевдоаллергических – у

других.

Инициатива в выборе органа принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации стыкуется с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Таким образом, патогенез психосоматических расстройств складывается из:

- наследственного предрасположения к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамических сдвигов – нарушения деятельности ЦНС из-за накопления аффективного возбуждения, тревоги, напряжения, вегетативной активности и т.п.;
- личностных особенностей (замкнутость, сдержанность, алекситимия, тревожность, сенситивность, недоверчивость, психическая инфантильность и т.п.);
- психического и физического состояния во время действия психотравмирующих событий;
- фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностей самих психотравмирующих событий.

К факторам риска развития психосоматозов относят:

- чрезмерно высокий темп жизни;
- неблагоприятные профессиональные условия труда;
- конституциональные особенности, т.е. наследственная предрасположенность к заболеваниям;
- специфический психологический фактор (хронический стресс, особенности личностного профиля);
- гиподинамия;
- вредные привычки.

Глава 2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

2.1. Психосоматические нарушения при сосудистой дистонии

Психосоматические нарушения, характерные для сосудистой дистонии, впервые детально описаны во время Гражданской войны в США (McLean W. C., 1867; Da Costa J. M., 1871) и получили название синдрома Да Косты (синдром раздраженного сердца), который проявляется в виде: ощущения чрезвычайной усталости и преходящего ухудшения зрения, длительных кардиалгий и функционального систолического шума на верхушке сердца, тахикардии и экстрасистолии, головной боли и головокружения, ортостатических нарушений и обморочных состояний. Синдром Да Косты рассматривался как закономерный результат тяжелой соматогенной астении в условиях резких психогенных перегрузок во время боевых действий.

В последующем, синдром усилия был описан у 10% всех пациентов с заболеваниями сердца (P. D. White, T. D. Jones, 1928), он был присущ не только солдатам или спортсменам, а представлял собой одну из форм невротических состояний у женщин, городских жителей, ведущих сидячий образ жизни (Lewis T., 1933), и стал рассматриваться как «эмоциональная реакция психопатической личности», невроз тревоги или «непереносимость усилия» (Wood P., 1941), т. е. в конечном счете как психогенное нарушение

сосудистого тонуса и работы сердца. В 1918 г. В. S. Orpenheimer предложил термин «нейро-циркуляторная астенія».

Наиболее частым психопатологическим проявлением сосудистой дистонии, протекающей в виде психогенно обусловленной транзиторной артериальной гипертензии или артериальной гипотензии является неодолимый страх смерти от инфаркта миокарда или кровоизлияния в мозг. Приступообразно возникающие или усиливающиеся фобии сопровождаются отчетливой вегетативной симптоматикой.

Сверхценные ипохондрические образования обусловлены стойкой артериальной гипо- или гипертензией, резистентностью к стандартной гипотензивной терапии, развитием церебрального атеросклероза, уменьшением сенсорных восприятий вследствие постепенного ухудшения зрения и слуха, уходом от трудовой и общественной деятельности, а также личностными особенностями человека. Волевые, властолюбивые, стеничные и трудолюбивые люди с повышенным чувством ответственности, склонные к тревоге и беспокойству не столько за себя, сколько за родных и близких, теряют всякий интерес ко всему, что волновало их прежде, и начинают уделять в пожилом возрасте столько же энергии и озабоченного внимания функции своего сердца.

Затяжные астенические состояния предшествуют формированию ипохондрических расстройств и при стойкой артериальной гипо- или гипертензии. Именно астенические состояния с преимущественно тревожно-депрессивными расстройствами и стойкими нарушениями сна определяют клиническую картину психических нарушений у больных сосудистой дистонией, обращающихся за помощью к терапевту.

Психопатологическая картина и профиль личности больных с артериальной гипотензией

В современной клинической практике различают физиологическую и патологическую гипотензию.

Физиологическая артериальная гипотензия, обусловленная в основном конституциональными и наследственными факторами, встречается у здоровых людей, выполняющих обычную физическую и умственную работу, и не сопровождается какими-либо жалобами и патологическими изменениями в организме. Выделяют преходящую физиологическую гипотензию высокой тренированности у спортсменов - одновременное снижение систолического и диастолического артериального давления. К физиологической относят также артериальную гипотензию, возникающую в процессе акклиматизации и адаптации организма человека к условиям высокогорья, Заполярья, субтропического или тропического климата.

Патологическая артериальная гипотензия может быть острой или хронической. Наибольший интерес в клинике аффективной патологии представляют острые гипотонические кризы, наступающие чаще всего на фоне выраженной соматогенной астении (после очень интенсивной физической нагрузки или при тяжелой форме синдрома укачивания), либо вследствие крайнего эмоционального перенапряжения и психической травмы. Описаны синкопальные эпизоды рефлекторного и болевого происхождения, например, при инъекциях, при виде крови или даже одном представлении о возможности несчастного случая.

Хроническая патологическая артериальная гипотензия свидетельствует, как правило, о стойком снижении общего жизненного тонуса (выраженной соматогенной или психогенной астении) и отмечается преимущественно у лиц астенического телосложения (чаще у женщин 31-40 лет). Одним из основных факторов, провоцирующих

формирование данного синдрома, является гипокинезия, не случайно 72 % подобных больных – это лица, занимающиеся умственным трудом (Темкин И. Б., 1971).

Важную роль в становлении патологической артериальной гипотензии получают при этом профессиональные факторы (работа под землей, в атмосфере избыточной влажности и высокой температуры; длительное воздействие ионизирующей радиации, сверхвысоко-частотного электромагнитного поля, производственного шума и вибрации; хронические интоксикации продуктами перегонки нефти, окисью углерода, различными соединениями свинца, ртути, фтора и т. д.) и загрязнение окружающей среды.

Физиологической основой стойкой артериальной гипотензии становится повышение парасимпатического тонуса и нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции, ведущее к стабильному снижению общего периферического сопротивления. Компенсаторное увеличение сердечного выброса оказывается недостаточным в этих случаях для нормализации артериального давления.

Жалобы таких больных очень полиморфны, многочисленны и несистематизированы. Характерны следующие жалобы:

- нарушение засыпания и ритма сна (сонливость днем, бессонница ночью, кошмарные сновидения);
- резкая слабость и утомленность по утрам;
- отсутствие бодрости даже после длительного сна;
- постоянная усталость и снижение трудоспособности;
- вялость и апатия;
- снижение памяти;
- рассеянность и неустойчивость внимания;
- снижение либидо.

Выделяют **кардиальные симптомы**:

- боль в области сердца (тупая, разрывающая, давящая,

режущая) появляется обычно в покое или утром, после сна, усиливается при форсированном дыхании, может сохраняться часами и даже сутками, применение нитроглицерина ухудшает состояние этих больных, тогда как легкие физические упражнения могут оказывать заметное терапевтическое действие;

- приступы сердцебиения и перебои в работе сердца;
- ощущение нехватки воздуха в покое и выраженная одышка при умеренной физической нагрузке;
- пастозность или отеки голеней и стоп к вечеру.

Церебральные симптомы:

- головная боль тупого, давящего, стягивающего, распирающего или пульсирующего характера, не имеет четкой локализации, продолжается от нескольких часов до 2–3 суток, возникает после сна, может провоцироваться физической или умственной нагрузкой на фоне крайней усталости, резкими колебаниями атмосферного давления, может сопровождаться тошнотой и рвотой, купируется с помощью физических упражнений;

- головокружение, возникающее при перегревании, работе в душном помещении, езде в городском транспорте (при резком торможении автомобиля), чаще у лиц астенической конституции, у эмоционально нестабильных пациентов и сопровождаются вегетативными нарушениями (сердцебиение, холодный пот, бледность лица, шум в голове, тошнота) на фоне волнения и страха;

- повышенная чувствительность к яркому свету, шуму, громкой речи и тактильным раздражителям;

- плохая переносимость высоты и латентная агорафобия (боязнь открытых пространств) при переходе через мосты и широкие улицы, сопровождающаяся феноменом утраты автоматизма ходьбы.

Эпигастральные симптомы:

- тяжесть в эпигастральной области;
- горечь во рту;

- снижение или извращение аппетита;
- отрыжка воздухом;
- изжога и тошнота;
- неустойчивость стула или чаще запоры.

Фасадная психастения с астенодепрессивными и астеноипохондрическими проявлениями на фоне очень медленно и постепенно развивающейся сосудистой дистонии может создавать впечатление серьезного соматического страдания, и больные подолгу обследуются и лечатся врачами самых различных специальностей.

Психопатологическая картина и личностный профиль при артериальной гипертензии

Разнообразные исследования указывают на то, что ограниченное восприятие и избегание конфликта коррелирует с появлением повышенного давления крови, т. е. это типы поведения, которые дети в процессе социализации в семье приобретают от гипертоника-отца. В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулируются конфликты; в семьях с отцом-гипертоником дети имеют менее эффективные возможности для перенесения и решения конфликтов, о чем свидетельствует преобладание в этих семьях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами). Семейное взаимодействие характеризуется своего рода запретом на речь или коммуникацию, затрагивающим также и невербальную сферу, вследствие чего преобладают принимающие, контролирующие, сдерживающие активности, в то время как отдающие, сообщающие, участвующие выражения появляются редко (Kroegeer, Petzold, 1985).

В качестве преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к развитию артериальной гипертензии выделяют:

- выраженная аффективная неустойчивость (нередко на фоне длительной психотравмирующей ситуации),
- тревожность,
- мнительность,
- повышенная впечатлительность и возбудимость,
- эгоцентризм и «потребительское» поведение, направленное на удовлетворение лишь собственных интересов,
- ограниченная способность к переживанию положительных эмоций (склонность к пессимизму и фобиям, замкнутость, настороженность, подозрительность по отношению к окружающим).

**Основные патогенетические факторы
гипертонической болезни (по Г. Ф. Лангу, 1958):**

- психическая травматизация (случаи экзаменационной, военной, полетной или госпитальной гипертензии доказывают «обязательность» более или менее выраженного и продолжительного повышения артериального давления на фоне эмоционального стресса у человека);
- постоянная аффективная напряженность;
- тревога и беспокойство;
- скрытый гнев и подавление агрессивных импульсов;
- борьба за получение признания и продвижения по службе;
- повышенное чувство ответственности и боязнь не справиться с порученным делом;
- хроническая нехватка времени;
- необходимость непрерывного контроля над внешними проявлениями своих чувств.

Жалобы больных:

- неприятные и мучительные ощущения в голове (давление, тяжесть, сверление, распирающие и т. д.) и в самых различных частях тела (сжатие, жжение, онемение, покалывание и т. д.);
- головная боль, обусловленная длительным напряжени-

ем лицевой и шейной мускулатуры у лиц, вынужденных по тем или иным причинам подавлять или тщательно скрывать эмоции гнева, обиды, неприязни к кому-либо или неудовлетворенных претензий;

- головокружение, ощущение нехватки воздуха и «дурнота», потрясающий озноб и похолодание конечностей;
- шум или резкий свист в ушах и особенно изменение или ухудшение зрения (появление «тумана» в глазах, мелькание цветных точек, кругов и т. п.).

Такие больные непрерывно «грузятся аффективным топливом, которое им нужно для поддержания их рефлекторной машины в действии» (Kretschmer E., 1928).

Наиболее частым психопатологическим проявлением артериальной гипертензии считается стойкий страх смерти от болезни и глубокий, непреодолимый страх перед возможными ее последствиями (инфарктом миокарда, кровоизлиянием в мозг, параличом и развитием психических расстройств). Фобический синдром, возникающий в структуре астенического или астенодепрессивного состояния, поддерживается в дальнейшем физиологически обусловленными неприятными ощущениями в различных частях тела и ложится в основу патологического развития личности.

По мере прогрессирования структурных изменений со стабильным повышением артериального давления и формированием психоорганического синдрома – основного, по E. Bleuler (1920), проявления сосудистого поражения головного мозга – аффект становится все более монотонным и недифференцированным: ипохондрические расстройства теряют свою эмоциональную насыщенность и остроту – больные подавлены и плаксивы.

Жалобы больных принимают все более монотонный характер (ломота, спазмы, покалывания, подергивания, зябкость и зуд конечностей). Депрессивно-ипохондрический синдром все больше приобретает, таким образом,

склеротические черты: психопатологические проявления ипохондрии делаются все более стереотипными, мышление – все более торпидным, аффект – все более монотонным и однотипным, фиксированным на отрицательных эмоциях. С дальнейшим нарастанием физической и интеллектуальной истощаемости, слабодушия и ухудшения памяти на фоне прогрессирующих сосудистых изменений постепенно стирается и способность к субъективной оценке своего состояния.

2.2. Психопатологическая картина и личностный профиль больных с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда

Деятельность сердца находится в тесной связи с чувственной жизнью. Это обыденное наблюдение, отражающееся в многочисленных бытовых оборотах: сердце подпрыгивает от радости или падает, мы сердечны или бессердечны, мы можем потерять сердце или оно может остановиться от страха.

Уже в античной Элладе сердце считалось центром аффектов и страстей. Атомисты считали сердце органом гнева. Аналогичным образом Платон видел в пространстве между шеей и диафрагмой место пребывания гневливости, храбрости, честолюбия, а сердце считал центром тревоги.

Ф. Dunbar (1948) описала коронарную личность как агрессивно-компульсивную со стремлением много времени отводить работе и завоевывать авторитет. Позднее М. Friedman и R. Rosenman (1959) выделили два личностных типа:

1) тип А (враждебно-соперничающий) - к этому типу личности относятся люди, которые работают интенсивно и с постоянным стремлением к успеху. Они ставят перед собой высокие, но чётко определяемые цели, которых настойчиво добиваются, они проявляют большую потребность в признании и в продвижении вперед,

интенсивно конкурируют с окружающими. У них отмечается высокая моторная потребность, необычное стремление к душевной и физической активности. Им всегда не хватает времени, они нетерпеливы, должны всего достичь как можно скорее. Повышенному уровню претензий у человека с поведением типа А часто сопутствует неадекватная оценка своих возможностей в достижении поставленной цели, а при известной ригидности личности срыв каких-либо планов вызывает почти неизбежно тягостные душевные переживания. Опасность острой сердечно-сосудистой катастрофы чрезвычайно возрастает при ряде последовательных неудач, воспринимаемых индивидом как свидетельство своей полной несостоятельности в семейных, общественных или производственных отношениях. Личностный тип А более сильно связан с развитием коронарной болезни сердца, и при нем более высокое содержание в крови холестерина, липопротеидов, триглицеридов, кортикостероидов.

2) тип Б - к этому типу личности относятся люди более спокойные, менее агрессивные и менее упорно сражающиеся за цели.

Факторы риска, способствующие развитию ишемической болезни сердца:

- аномалии личности: психопатизация или выраженная акцентуация характера, обуславливающие высокую конфликтность и хроническое эмоциональное напряжение;
- высокое чувство ответственности, развитие честолюбия, высокий уровень притязания на успех;
- стремление к высокому социальному статусу и жизненным достижениям;
- повышенный уровень претезаний на успех;
- длительные переживания решений, неуспеха, обиды.

Все это сопровождается комплексом неполноценности, беспомощности.

Длительное эмоциональное напряжение сопровождается

определенными биохимическими и физиологическими сдвигами, обеспечивающими максимальную двигательную активность организма (усиление гликогенолиза и гипергликемия, мобилизация неэтерифицированных жирных кислот и гиперхолестеринемия, увеличение содержания в крови липопротеидов низкой плотности и снижение уровня липопротеидов высокой плотности, тромбоцитоз и прокоагулянтные изменения свертывающей системы крови, повышение периферического сосудистого сопротивления и минутного объема крови). Закрепленная филогенетически, эта реакция оборачивается при гиподинамии современного человека против него, создавая условия для расстройств гемодинамики и нарушений метаболизма сердца и сосудов, развития атеросклероза и артериальной гипертензии.

Таким образом, личностная структура больных с ИБС и инфарктом миокарда характеризуется: торопливостью в делах, ощущением нехватки времени, чрезмерной ответственностью за выполненную работу, повышенной тревожностью и эмоциональным напряжением. Эти черты характеризуют человека еще в преморбиде и являются причиной развития этих заболеваний. После заболевания эти личностные черты усиливаются, образуя психосоматическую спираль. При этом, определенная личностная черта способствует заболеванию, а заболевание обуславливает усиление этих черт, которые в свою очередь, усиливают заболевание.

Глава 3. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ

Дыхательный компонент наряду с сердечно-сосудистым остается важнейшей составной частью приспособительных реакций, требующих стремительного повышения окислительного потенциала организма при острых стрессовых ситуациях. Выраженные респираторные

нарушения являются одним из основных способов выражения «внутренней ситуации при сильных или скрытых волнениях духа», требующих активного мышечного движения в виде столкновения или бегства, возникают как закономерный результат психической травмы на высоте тревоги и страха.

Больные предъявляют жалобы на постоянное или периодическое ощущение нехватки воздуха в покое или при незначительной физической нагрузке, неприятное ощущение заложенности или стягивания в верхней части грудной клетки, головокружение. При этом субъективные жалобы носят диффузный разнообразный характер: «не так дышится; нет свободы и легкости в дыхании; как будто в груди мешает что-то, сжалось и не отпускает, не дает ни вдохнуть, ни выдохнуть, препятствует свободному прохождению воздуха». В 1895 А. А. Остроумов описал симптомы **«дыхательного корсета»** на высоте аффективного напряжения в виде: неудовлетворенности вдохом, чувства нехватки воздуха и скованности дыхания, которые локализуются преимущественно в горле («как будто комок ваты») и в верхних отделах грудной клетки, реже – над левой лопаткой или в эпигастральной области.

Одним из факторов, способствующих развитию психогенной одышки и «дыхательной ипохондрии» является **синдром укачивания**. Это патологическое состояние, известное как морская, воздушная, лифтная или автомобильная болезнь, часто возникает на фоне артериальной гипотензии и соматогенной астении и представляет собой комплекс неприятных ощущений, обусловленных более или менее длительным воздействием прямолинейных, угловых или радиальных ускорений, с выраженным учащением дыхания и установлением его в ритме качания (особенно при передвижении водным транспортом). Синдром укачивания первоначально может появляться в переполненном автобусе или скоростном

лифте, а затем – в любом виде транспорта и при любом виде передвижения (даже при ходьбе по пересеченной местности). В последствии у больных уже на ступеньках эскалатора метро, в закрытых помещениях, в толпе и просто при одной мысли о необходимости куда-то идти или ехать появляются жалобы на одышку, сопровождающиеся страхом смерти.

Жалобы больных с психогенной одышкой необычайно разнообразны: сухость, жжение, щекотание, стеснение, сжатие, першение, онемение, одеревенелости в горле с потребностью откашляться. Приступы невротического кашля – громкого, лающего или сухого, непрерывного, хриплого, обычно возникают под влиянием резких запахов (гарь, газ, краски), в душном, плохо проветриваемом помещении, на высоте аффективного напряжения, при засыпании и быстрой смене погоды. Больные настороженно следят за всеми метеорологическими сводками, испытывая страх перед понижением атмосферного давления и повышением влажности воздуха в связи с усилением при этом кашля и симптомов «дыхательного корсета».

При развитой форме болезни у таких больных отмечается кровохарканье. Сухой упорный кашель вызывает непрерывное раздражение слизистой оболочки гортани и глотки (вплоть до развития в отдельных случаях ларингоспазма), не поддается, как правило, обычной терапии и полностью прекращается при нормализации аффективного статуса больного или под влиянием психотерапии.

Ощущение нехватки воздуха и заложенности в груди возникают у многих больных в определенные часы: либо по утрам, после пробуждения; либо по вечерам, при «трудном» засыпании; либо по ночам, при наплывах мыслей тревожно-депрессивного содержания и сопровождаются колебаниями аффективного состояния и общего самочувствия на фоне подавленного настроения,

стойкой артериальной гипотензии с жалобами на резкую слабость, головокружение и неустойчивость при ходьбе, тремор рук, нарушение засыпания, беспокойные сновидения и прерывистый сон.

Психогенные респираторные нарушения проявляются форсированным поверхностным дыханием с беспричинным учащением и углублением. Частые короткие дыхательные движения чередуются с произвольными глубокими вдохами, не приносящими чувства облегчения, и последующей непродолжительной задержкой дыхания. Ощущение кратковременной остановки дыхания вызывает у больных чрезвычайную тревогу и почти неизбежно становится объектом ипохондрической фиксации.

Психогенные расстройства дыхания выявляются обычно на фоне угнетенного настроения, страха и тревоги, обуславливающих нередко не соответствующую жалобам чрезмерную подвижность больных или явное двигательное беспокойство. Тревога и страх смерти от удушья обуславливают упорную искусственную гипервентиляцию, приобретающую навязчивый характер, или, наоборот, хроническую гиповентиляцию в результате ограничения, подавления нормальных дыхательных движений.

Вершиной респираторных расстройств являются приступы мнимой невротической астмы – пароксизмальные обострения психогенной одышки с числом дыхательных движений до 40 – 50 (иногда 60) в 1 мин, заставляющие думать об истинной дыхательной недостаточности. Психогенный *status asthmaticus* возникает на фоне аффективной напряженности различного генеза и нозологии. Поводом для развития псевдоастматических приступов может служить любое «волнение и расстройство» (во время беседы с врачом, при входе в процедурную, перед операцией, при рентгенологическом исследовании, в одиночестве, «когда никто не сможет помочь», и т. п.). Стойкое ощущение нехватки воздуха возникает у ряда

больных после пережитого хотя бы раз в жизни страха смерти от удушья. Так, один из больных испытывал это ощущение в закрытых помещениях после того, как пережил острый страх смерти от удушья в туалете (считал, что его заперли: кричал, звал на помощь; бросился на пол, судорожно дыша через щель под дверью, которая, как выяснилось, просто открывалась в другую сторону).

Гипервентиляционный синдром сочетается с жалобами на слабость и общее недомогание, резкую потливость и чрезвычайную сухость во рту, головокружение и тошноту, зябкость и похолодание конечностей, сердцебиение; возможны также судорожные сокращения икроножных мышц и пальцев рук, парестезии и всевозможные неприятные ощущения в различных частях тела.

К числу типичных клинических особенностей психогенных псевдоастматических приступов относится специфическое шумовое оформление дыхания: подчеркнуто стонущий его характер, вздохи, напоминающие иногда непрерывную судорожную икоту или оханье; легкое посвистывание на вдохе или просто очень звучный, шумный выдох через сомкнутые или сложенные в трубочку губы.

По окончании приступа невротической астмы больные испытывают чрезвычайную слабость, разбитость, сонливость; возможна тягостная икота или зевота.

Психогенное происхождение приступа невротической астмы подтверждает выраженная лабильность респираторных нарушений: внезапные переходы от равномерного и спокойного дыхания к резко учащенному, поверхностному и аритмичному на высоте аффективных расстройств и от пароксизмальной гипервентиляции – к нормальному дыханию при уменьшении эмоциональной напряженности, переключении внимания больного, под влиянием психотерапии.

Люди с синдромом нервной гипервентиляции часто происходят из семей, где очень высоко ценятся

достижения: «Соберись», «Постарайся», «Без труда не вытащишь и рыбку из пруда». Одновременно с этим поощряются сдержанность, скромность и самообладание как необходимые личностные качества: «Возьми себя в руки», «Что подумают люди?». Приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением больному слишком многих требований (достижения) и при столкновении с несправедливостью. Так как вследствие подавления агрессии он не может открыто конфронтировать с окружением, не может аргументированно изъясниться или выругаться, а сдерживается (конфликт «вежливость – прямота»), он особенно следит за мнимыми или действительными реакциями своего окружения. После приступа астмы многие больные испуганно оглядываются по сторонам, не заметили ли «люди» что-нибудь. Это усиливает их страх. Часто у астматиков обнаруживаются реактивные образования, которыми замещались агрессивные тенденции и желание близости. У всех астматиков выявляются расстройства в сексуальной сфере. Многие авторы указывают на значение агрессии, которую больной не может выразить, не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья.

Отмечается сверхчувствительность к запахам, прежде всего к тем, которые как-то связаны с нечистотами и неаккуратностью, а также с неряшливым и нечистоплотным поведением. Астматики с повышенной восприимчивостью запахов также крайне зависимы от суждений и мнения окружающих их людей.

Глава 4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Установлено, что 80 % всех диспепсических нарушений обусловлено первичными изменениями эмоционального состояния больных.

Не только острые или систематически повторяющиеся психические травмы и длительные депрессивные состояния, но и любые удручающие события и переживания (разочарования и огорчения, супружеские раздоры и угрызения совести, измена и развод, страх и тоскливость и даже просто «скука» или чувство душевного дискомфорта) рассматривают в настоящее время как наиболее частую причину функциональных нарушений пищеварительного тракта. Состояние желудка и аппетит выступают при этом в качестве «основного стимула», физиологической основы специфической эмоции интереса и влечения к окружающему, определяющей настроение (Аствацатуров М. И., 1939).

Непосредственная зависимость деятельности желудочно-кишечного тракта от аффективного статуса индивида, доказанная рентгенологически, позволяет говорить о довольно распространенном типе людей с особой гастроинтестинальной лабильностью, при которой любая (положительная или отрицательная) эмоция накладывает у них заметный отпечаток на функции пищеварительной системы.

Функциональные дискинезии и секреторные расстройства полых органов брюшной полости, болезненные ощущения в животе, не поддающиеся обычным терапевтическим воздействиям, и стойкая анорексия с прогрессирующим исхуданием (вплоть до развития кахексии) оказываются обычным способом выражения эмоций, вполне закономерным следствием невеселого или мрачного настроения с ипохондрическими страхами и установками, объектом которых становится пищеварительный аппарат.

4.1. Нарушение пищевого поведения

Нервная анорексия (anorexia nervosa) - синдром, относящийся к патологии пубертатного и юношеского возраста, представляет собой сознательный отказ от пищи,

чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Это приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных сдвигов, значительному похуданию нередко вплоть до кахексии и наступлению аменореи как одного из основных клинических проявлений, развивающихся при хронической пищевой недостаточности.

В динамике синдрома нервной анорексии условно можно выделить четыре этапа:

1) Первичный (инициальный) – проявляется в виде синдрома дисморфомании (идеи недовольства собственной внешностью и стремление к коррекции мнимого недостатка) (Коркина М. В., 1967). Идеи физического недостатка содержат убежденность в излишней полноте, подросткам не нравятся либо их «поправившаяся фигура» в целом, либо отдельные части тела, «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Возникновение недовольства собственной внешностью часто совпадает с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Болезненная убежденность в излишней полноте иногда может сочетаться с наличием патологической идеи о других мнимых или чрезвычайно переоцениваемых недостатках внешности (форма носа, ушей, щек, губ). Определяющим в формировании синдрома чаще всего является несоответствие больного, по его мнению, собственному «идеалу» - литературному герою или человеку ближайшего окружения со стремлением подражать ему во всем и прежде всего иметь похожую на него внешность и фигуру. Мнение окружающих о внешности больного имеет для него гораздо меньшее значение. Вместе с тем сензитивность (чувствительность) подростков приводит к тому, что пусковым механизмом стремления к «коррекции» физического недостатка становятся неосторожные

замечания педагогов, родителей, сверстников. Первый этап нервной анорексии длится от двух до четырех лет и сменяется вторым этапом.

2) Аноректический этап начинается с активного стремления к коррекции внешности и условно заканчивается похуданием на 20-50 % исходной массы, развитием вторичных соматоэндокринных сдвигов, олигоаменореи или аменореи. Способы похудения могут быть весьма разнообразными и тщательно скрываются. На начальном этапе большую физическую нагрузку, активные занятия спортом больные сочетают с ограничением количества пищи. В дальнейшем способ похудения изменяется в зависимости от характера и выраженности «дефекта внешности», а также преморбидных особенностей личности, но ведущее место занимает ограничение в еде. Сокращая объем пищи, больные вначале исключают ряд продуктов, богатых углеводами или белками, а затем начинают соблюдать жесточайшую диету и едят преимущественно молочно-растительную пищу. Одновременно со строгой диетой больные до изнеможения занимаются специально разработанными физическими упражнениями - делают все стоя, много ходят, сокращают сон, стягивают талию поясками или шнурами с тем, чтобы пища «медленнее всасывалась». Постепенно больные приступают к поиску иных способов похудения. К ним относятся прием слабительных, нередко в очень больших дозах, реже применение клизм.

Другим весьма распространенным способом похудения при выраженности чувства голода является искусственно вызываемая рвота. Выбор этого метода чаще всего носит сознательный характер, хотя иногда больные приходят к нему случайно: не удержавшись от желания есть, они съедают сразу очень много пищи, а затем из-за переполнения желудка не могут ее удержать. На более ранних этапах рвотный акт сопровождается характерными

вегетативными проявлениями и доставляет больным неприятные ощущения. В дальнейшем при частом вызывании рвоты эта процедура упрощается: больным достаточно сделать отхаркивающее движение или просто наклонить туловище, нажать на эпигастральную область и вся съеденная пища выбрасывается без тягостных вегетативных проявлений.

Искусственно вызываемая рвота у ряда больных неразрывно связана с приступами булимии (непреодолимого голода), сопровождающихся поглощением очень большое количество пищи, нередко даже малосъедобной. Утрата чувства меры, контроля за количеством и качеством съедаемого весьма характерна для булимии. Съедая огромное количество пищи, больные испытывают эйфорию, у них бывают вегетативные реакции. Вслед за этим они искусственно вызывают рвоту, промывают желудок большим количеством воды. Наступает ощущение «блаженства», необыкновенной легкости во всем теле, подкрепляемой уверенностью в том, что организм полностью освобожден от пищи.

К пассивным способам похудения следует отнести использование ряда медикаментозных средств, снижающих аппетит, психостимуляторов. С целью похудения больные начинают много курить, пьют в больших количествах черный кофе, используют мочегонные средства.

Похудание сопровождается постепенным нарастанием вторичных соматоэндокринных изменений. В среднем, через 1-2 года от начала «коррекции» предполагаемой избыточной полноты наступает аменорея.

Заостряются имевшиеся до заболевания психопатические черты характера. Нарастают эксплозивность, эгоизм, чрезмерная требовательность, больные становятся «тиранами» в собственных семьях. Клиническая картина болезни включает в себя вегетативные расстройства в виде: приступов удушья, сердцебиения, головокружения,

усиленной потливости. Длительное целенаправленное ограничение в еде приводят к значительному похуданию (50 % и более) и к кахексии.

3) Кахектический этап сопровождается соматоэндокринными нарушениями. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. У больных полностью отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, развивается миокардиодистрофия, а также имеют место брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, появляются признаки анемии. Больные быстро мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы.

Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром с преобладанием адинамии и повышенной истощаемости.

В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела или бывают недовольны своей внешностью. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего, по-видимому, лежит нарушение восприятия собственного тела.

По мере нарастания кахексии больные становятся малоподвижными, залеживаются в постели, у них имеются упорные запоры, значительно снижается артериальное давление. Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты). Адекватное лечение больные могут получать только после консультации психиатра, в условиях психиатрического стационара.

4) Этап редукции нервной анорексии сопровождается улучшением соматического состояния.

Для формирования синдрома нервной анорексии необходим ряд условий, как социальных, так и биологических. Важная роль в развитии заболевания принадлежит наследственности, экзогенным вредностям в первые годы жизни, преморбидным особенностям личности, микросоциальным факторам (роль семьи). В формировании синдрома нервной анорексии значительную роль играет аффективная патология. В ряде случаев депрессивный синдром становится первым клиническим проявлением заболевания.

4.2. Психогенная тошнота и рвота

Непосредственной причиной тошноты и рвоты могут быть не только чувство гнева, боли, страха, печали, тоски и отвращения, но и необычайная радость, т. е. любая эмоция, если она проявляется достаточно интенсивно. Ощущение тошноты нередко вынуждены подавлять школьники перед контрольной работой и артисты перед выходом на сцену, солдаты на поле боя или студенты-медики в анатомическом музее. Например: «нервная рвота», возникавшая у женщины поначалу лишь по утрам перед экзаменом, в дальнейшем выдает ее волнение при получении письма от жениха (Свядош А. М., 1982).

Тошнота идентифицируется психологами с представлениями, отражающими крайнюю степень органического неприятия, отвращения к чему-либо. В основе психогенной тошноты может лежать страх («низкий страх, идущий прямо от кишок»). Психогенная тошнота может перемежаться с изжогой: мучительное чувство жара, жжения или «жгучей судороги» по ходу пищевода (главным образом в нижней его части) не поддается щадящей диете и усиливается при ухудшении физического и психического состояния больных.

Манера изложения жалоб свидетельствует при этом об аффективном происхождении симптома. Тягостное ощущение тошноты локализуется чаще всего в верхней части грудной клетки, «у горла» или «идет от живота»; оно особенно томительно по утрам; усиливается при волнении, резких колебаниях метеорологических условий или быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное; исчезает под воздействием положительных эмоций, при отвлечении внимания больного или спонтанном повышении настроения во второй половине дня. Появлению тошноты предшествует обычно более или менее отчетливое снижение настроения с чувством нарастающей усталости, физического и душевного дискомфорта, расстройствами сна и аппетита.

Эмотивная рвота возникает преимущественно по утрам до, во время или непосредственно после еды (порой буквально после первых же глотков); не зависит от количества и качества съеденного.

В истоках психогенной рвоты, закрепляющейся в последующем по условно-рефлекторным механизмам, лежит достаточно выраженная, хотя бы и кратковременная, депрессивная реакция с оттенком острого неприятия реальной действительности. Особое значение для «выбора» именно этого физиологического феномена как способа выражения эмоций получают психотравмирующие факторы, непосредственно сопряженные с самой едой или приготовлением пищи (например, уход за умирающим от рака желудка или неожиданно обнаруженнаядохлая мышь на дне опустошенной кастрюли). Психогенная рвота сочетается с другими симптомами аффективных нарушений: расстройствами сна и аппетита, похуданием, сухостью во рту и повышенной жаждой, кардиалгиями и сердцебиением в покое, головокружением.

Психогенная тошнота и рвота развиваются у эмоционально нестабильных лиц. В ряде случаев тошнота и рвота

представляют собой по существу стандартный для данного организма, хотя и несколько своеобразный, способ выражения эмоции, закрепившийся по типу патологического рефлекса.

4.3. Функциональные запоры и поносы

Кишечник реагирует на эмоциональное состояние очень чувствительно. В состоянии психофизического расслабления кишка выглядит обычно бледной, т.е. при этом она слабо кровоснабжается, мало перистальтирует, секреция пищеварительных ферментов снижена. При душевном напряжении кровоснабжение резко возрастает, то же происходит и с перистальтикой, и с секрецией. Активная перистальтика оказывает изгоняющий эффект и приводит в результате к диарее.

Толстая кишка дифференцированно реагирует на эмоционально-стрессовые ситуации. Депрессивные тенденции приводят к снижению функции толстой кишки, страх и тревога - к повышению функции.

Хронические запоры могут быть обусловлены не только игнорированием позывов к дефекации (при ощущении крайней усталости, когда «невозможно ни встать, ни до туалета дойти») или их притуплением, но и психогенной анорексией. Известно, что вид пищи или разговоры о вкусной еде стимулируют двигательную активность тонкого и толстого кишечника. Полное равнодушие, неприязнь или отвращение к одному виду и запаху съестного исключают по существу возможность нормального пищеварительного процесса, все звенья и этапы которого, строго координированы друг с другом. Важную роль в развитии привычных запоров играют также резкое самоограничение объема выпиваемой за день жидкости и злоупотребление некоторыми медикаментами (спазмолитиками, снотворными и транквилизаторами). Как при спастическом, так и атоническом запоре спонтанная дефекация может

отсутствовать на протяжении одной и даже двух недель. Больные испытывают при этом неприятные ощущения (давления, полноты, распирания, урчания, переливания) в нижних отделах живота, что ложится в основу ипохондрической фиксации индивида. Больные, не удовлетворенные выделительной функцией своего кишечника, могут проводить в туалете по несколько часов в сутки и ставить себе ежедневно многочисленные клизмы. Известны случаи, когда больные доводят себя до кровотечений и выпадения прямой кишки, механически раздражая анальную область для достижения более полной дефекации.

К числу нередких психогенных расстройств дефекации относятся также неустойчивый стул и эмоциональная диарея («медвежья болезнь») при внезапном испуге, напряженном ожидании чего-либо и других ситуациях, вызывающих чувство острой тревоги и душевного дискомфорта. Учащение дефекации до 5-10 и более раз в сутки сопутствует жалобам на приступы сердцебиений в покое, боль в левой половине грудной клетки, головокружение, потливость, тошноту и другие соматические признаки психовегетативной дисфункции. Абдоминальные алгии и вегетативно-сосудистые нарушения нередко усиливаются после еды, усугубляя страх приема пищи. Неприятные ощущения в животе (тяжесть, урчание, распирающие и т. п.) и спастическая боль типа колики (преимущественно в области пупка) сочетаются с метеоризмом и особой чувствительностью к давлению на брюшную стенку. Подобные пациенты предпочитают ремню подтяжки и носят брюки, достаточно свободные в поясе. Абдоминальные алгии и вегетативно-сосудистые нарушения нередко усиливаются после еды, усугубляя и без того уже почти нескрываемый страх приема пищи, и отличаются известной причудливостью и независимостью от рациона. У ряда больных с «легко

ранимым кишечником» и гастроинтестинальными страхами повышен так называемый желудочно-кишечный рефлекс – императивный позыв к дефекации возникает после каждого приема пищи.

С аффективными нарушениями (прежде всего на фоне соматогенной или постинфекционной астении) связаны острые «энтериты» или «энтероколиты», возникающие у ослабленных или истощенных субъектов при чрезмерном переутомлении или тяжелых психических травмах. Хронические невротические поносы, длящиеся годами и не поддающиеся ни диетическому лечению, ни каким-либо медикаментозным воздействиям, нередко расцениваются инфекционистами как хроническая дизентерия. Особого внимания требуют хронические энтериты, проявляющиеся исключительно общими симптомами, которые на первый взгляд не имеют отношения к патологии кишечника.

Слабость, чувство постоянной усталости, похудание на 10-20 кг, раздражительность, парестезии, артралгии и миалгии, нарушения менструального цикла или развивающаяся импотенция, трофические расстройства (сухость кожи, ломкость ногтей и т. д.) и кожные высыпания, сосудистая дистония и всевозможные висцеро-вегетативные проявления, рассматриваемые как симптомы атипичного энтерита, абсолютно идентичны клинической картине соматизированной депрессии.

В преморбиде таким больным присущи так называемые **анальные черты характера** в виде: точности, аккуратности, пунктуальности, чувства долга. Об эмоциональной бедности больных колитом писали Fain (1951) и Jores (1981): «они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты». Такие больные характеризуются как: нервные, нетерпеливые, сверхчувствительные и легко ранимые люди, чья способность расслабиться и наслаждаться блокирована. Они склонны к поведению с элементами навязчивостей и

ярко выраженным самоконтролем. Они стремятся к тесному общению с узким кругом людей, желая близости, признания и защищенности; с другой стороны, они хотели бы остаться независимым, поскольку очень тесная близость кажется им угрожающей.

У лиц с хроническим воспалением и язвами толстого кишечника преобладают компульсивные личностные черты. Такие больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, свой гнев выражают весьма сдержанно. Для них характерны некоторые черты инфантильности, склонность к депрессиям, к подавлению своих агрессивных импульсов. Чрезмерно развито чувство обязательности. У них репутация человека дела. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У них низкая самооценка, и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой переживается бессознательно больными как угроза собственному существованию.

4.4. Функциональные нарушения тонуса и моторики полых органов брюшной полости

К числу наиболее распространенных психогенных нарушений пищеварительной системы, нередко имитирующих серьезные органические заболевания, относят в первую очередь спастические сокращения пищевода, желудка и толстого кишечника. Схваткообразный характер абдоминальных алгий, вызванных функциональными изменениями тонуса гладкой мускулатуры пищеварительного тракта, находит наглядное отражение в соответствующих жалобах больных. Чувство давления и перетягивания, скручивания или подергивания в животе, впечатление, «будто желудок замкнут и не пропускает пищу», могут сочетаться или перемежаться с ощущением комка в горле или за грудиной.

Спастические сокращения пищевода на высоте

аффективного напряжения с жалобами на мучительное чувство стягивания, кома или инородного тела в горле или за грудиной при отсутствии истинной дисфагии и органических нарушений описаны еще в XIX веке как одно из обычных соматических проявлений скрытого страха и тревоги (Hesker E., 1894). Существует четкая корреляция между преходящим спазмом пищевода на всем его протяжении (диффузный идиопатический эзофагоспазм) и любыми отрицательными эмоциями у легко возбудимых людей с крайне неуравновешенной нервной системой.

Большое значение имеет испытанный хотя бы раз в жизни страх смерти от удушья в связи со спастическим сокращением мышц глотки и пищевода при острой стрессовой ситуации или попадании пищи в дыхательные пути во время поспешной еды большими глотками. За жалобами на затрудненное глотание при отсутствии подлинной дисфагии скрываются чаще всего опасение подавиться или захлебнуться при своеобразном чувстве остановки съеденного за грудиной или в подложечной области; боязнь горячей или плотной пищи при возникновении или усилении болезненных ощущений по ходу пищевода на фоне выраженной гиперестезии его слизистой оболочки. Жалобы на затрудненное глотание с выработкой целого ряда специальных приемов для активного проталкивания пищи в желудок (глубокие вдохи, заглатывание воздуха, тщательное разжевывание любой пищи с усиленным выделением слюны) сочетаются с довольно резкими болезненными ощущениями за грудиной, иррадиирующими в эпигастральную область или по ходу межреберных промежутков, в спину, руки и даже нижнюю челюсть.

Одной из наиболее стойких форм психогенной дискоординации моторики пищевода является **ахалазия (кардиоспазм)** – утрата способности к нормальному рефлекторному расслаблению кардии без каких бы то ни

было органических изменений пищевода, желудка и органов средостения.

Для таких больных характерны: неуравновешенность с неадекватной реакцией на внешние раздражители, эмоциональная лабильность с тенденцией к снижению настроения, плаксивость, замкнутость, отчужденность, бессонница, уход в болезнь, канцерофобия и отчетливая вегетативная симптоматика (сухость во рту, тремор, артериальная гипертензия и тахикардия, сменяющиеся артериальной гипотензией и брадикардией).

Атония пищевода с жалобами на затрудненное глотание плотной пищи, чувство остановки ее за грудиной, инородного тела и давления в этой области при беспрепятственном или даже очень легком продвижении эзофагоскопа и свободной проходимости как бы изливающейся сверху вниз жидкости встречается в структуре депрессивных состояний с резким снижением общего жизненного тонуса при отсутствии какого-либо органического поражения пищеварительного тракта. Тотальная или фрагментарная атония пищевода сочетается нередко с аналогичными функциональными расстройствами других органов пищеварительной системы.

Синдром раздраженного желудка диагностируют почти у половины больных с «типичными» жалобами, имитирующими хронический гастрит или язвенную болезнь, при отсутствии патологических изменений желудка и других органов брюшной полости.

Клиническая картина синдрома раздраженного желудка определяется, прежде всего, функциональными моторными расстройствами с тенденцией к гастроспазму и гастралгиям. Пациенты предъявляют жалобы на боль в подложечной области возникающая нередко по ночам или в первой половине дня. Болезненные ощущения в эпигастральной области сопровождаются обычно выраженной вегетативной симптоматикой.

Функциональные психогенные нарушения тонуса и моторики желудка неизменно сопровождаются расстройствами его секреции. Страх, тревога, депрессия с пассивным поведением индивида сочетаются с угнетением желудочной секреции, побледнением слизистой оболочки желудка, расстройствами его моторики и нередко релаксацией кардиального и пилорического сфинктеров с регургитацией дуоденального содержимого. При возбуждении, негодовании, гневе с активным (вплоть до элементов агрессии) поведением индивида отмечаются резкое повышение желудочной секреции, гиперемия слизистой оболочки желудка, усиление его моторики.

Синдром раздраженной толстой кишки

Изучение функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, объединяемых понятием синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК), ведется с конца XIX в. Первые описания синдрома в рамках «мукозного энтерита» представлены в работе J. Da Costa, опубликованной в 1871 г. Начиная с 30-х годов прошлого века наибольшее распространение получил термин «синдром раздраженной толстой кишки», предложенный H. Voskus в 1929 г. В качестве синонимов используются такие понятия, как «спазмированная толстая кишка», «спастический колит», «невроз толстой кишки», «дискинезия толстой кишки», «функциональная диарея», «функциональная энтероколонопатия», «нервная диарея».

СРТК относится к наиболее распространенным психосоматическим расстройствам (А.Б. Смулевич и соавт., 1999). По данным эпидемиологических исследований, примерно одна пятая всего населения страдает симптомами СРТК в те или иные периоды жизни (D.A. Drossman, 1994). СРТК - наиболее частая форма патологии в гастроэнтерологической практике: на его долю приходится до 11% от всех диагнозов, устанавливаемых

гастроэнтерологами (J. Richter, 1989). В большинстве случаев СРТК развивается в позднем подростковом и раннем взрослом возрасте, причем у женщин примерно в два раза чаще, чем у мужчин.

Клинические проявления. Основными проявлениями СРТК являются нарушения моторной функции толстого кишечника и абдоминалгии.

Нарушения моторики толстого кишечника реализуются в изменениях стула. Чаще выявляется преобладание запоров (примерно половина пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (перемежающиеся диарея и запоры) распределяются примерно одинаково (Ф.И. Комаров и соавт., 1999). Для пациентов с запорами типично ощущение неполноты опорожнения кишечника после дефекации, что сопровождается частыми и субъективно тягостными попытками повторной дефекации. Случаи с преобладанием диареи характеризуются жидким и учащенным стулом, суммарный объем которого, однако, не превышает такового в норме.

Вторым ведущим клиническим признаком СРТК является болевой синдром. В большинстве случаев абдоминалгии носят характер спастических болей, изолированных или эпизодически возникающих на фоне диффузных и стойких болевых ощущений в области живота. Алгии могут отличаться по интенсивности и локализации не только у разных пациентов, но и у одного пациента в различные периоды времени. Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстого кишечника, а также и экстраабдоминальная локализация (K. Moriarty, A. Dawson, 1982).., 1999.

Связь функциональных нарушений ЖКТ при СРТК с психической патологией отмечалась еще в работах J. Da Costa. Автор связывал возникновение приступообразных болей в животе, сопровождавшихся диареей и учащением

стула, с патологическими страхами, тревогой, повышенной возбудимостью. Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРТК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования. Более 50% пациентов с СРТК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики.

Отмечается преобладание тревожных и депрессивных расстройств, протекающих с выраженными алгическими и вегетативными нарушениями (слабость, повышенная утомляемость, нервозность, головокружение, головные боли, тремор, боли в области спины, нарушения сна).

Особенностью СРТК является чрезмерная фиксация пациентов на «патологических процессах» в желудочно-кишечном тракте. Неудовлетворенность в отрицательных результатах исследований, тревога по поводу своего здоровья приводят к попыткам самостоятельно, на основании ощущений и сведений, почерпнутых из популярной и специальной литературы, поставить себе диагноз и заняться самолечением. Формируется сверхценный ипохондрический симптомокомплекс, включающий наряду с абдоминалгиями и периодическими нарушениями стула выраженные изменения в направленности интересов и всего строя жизни пациента.

Преморбидные личностные особенности таких больных представлены чертами ригидности, скрупулезности, утрированной склонностью к порядку, сочетающимися с тенденциями к тревожным реакциям при вынужденных переменах в устоявшемся укладе жизни, застреванию на неприятностях. Манифестация СРТК, как правило, связана с психотравмирующей ситуацией.

При сравнительно большой (до нескольких лет)

длительности течения заболевания пациенты легко адаптируются к своим состояниям, обращаясь к врачу лишь после усиления симптоматики на фоне какого-либо психотравмирующего события, либо при появлении новых, не свойственных прежнему состоянию симптомов, таких как нехарактерные боли в животе, появление приступов одышки, сердцебиения.

В более тяжелых случаях возможно развитие социальной дезадаптации вплоть до полной утраты работоспособности и инвалидизации пациента. Учитывая тесные взаимосвязи нарушений функций желудочно-кишечного тракта с психопатологическими нарушениями, фармакотерапия СРТК предусматривает комбинированное применение психотропных средств и препаратов, используемых в гастроэнтерологической практике для нормализации моторной функции и внутренней среды толстого кишечника.

Глава 5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К концу XIX века сформировалось положение о целой группе «уринарных неврастеников» с расстройствами мочеотделения, не имеющими каких-либо органических оснований. Особые психические состояния, при которых внимание пациента в болезненно повышенной степени обращено на процесс мочеиспускания, и связанные с ними расстройства этого физиологического акта становятся объектом серьезных клинических исследований, не утративших своего значения и в настоящее время.

На функцию мочеотделения большое влияние оказывают психические факторы (непроизвольное мочеиспускание при аффектах страха и ужаса). Как показывают цистометрические данные, тонус детрузора резко повышается у больных с психогенными расстройствами мочеиспускания при обсуждении аффективно значимых

для них тем, снижается под воздействием отрицательных эмоций и нормализуется при «отвлекающем» разговоре. Поскольку мочеиспускание является основной функцией мочевого пузыря, единственно возможной, адекватной для него реакцией на психические стимулы оказывается более или менее выраженное нарушение диуреза (подобно тому, как психогенная одышка выступает в качестве ведущего симптома респираторных расстройств, а кардиалгии и аритмии - функциональных изменений деятельности сердца в структуре аффективных нарушений). Конечным результатом длительного эмоционального напряжения или одномоментного аффективного выброса становится повышенная возбудимость мышечного аппарата мочевого пузыря или, наоборот, атония последнего, усиленный диурез или спастическая задержка мочи.

Больные, страдающие **«мочевым заиканием»** («мочевой застенчивостью» с невротическими жалобами на невозможность мочеиспускания в присутствии посторонних) жалуются на частое и болезненное мочеиспускание. Интенсивность и характер подобных ощущений довольно разнообразны - от «неопределенной» боли в поясничной области, где «не то пульсирует, не то давит что-то», и «чувства тяжести» в почках или мочевом пузыре до выраженных алгий с жалобами на тупую, ноющую или даже «дикую, страшную» боль (режет, колет, стреляет), которая делает жизнь невыносимой. В основу ипохондрической фиксации ложится случайное недержание мочи (при слишком длительном подавлении позывов), выделение мочи при смехе или после сильного «душевного волнения».

Люди с расстройствами функции почек и мочевого пузыря часто не придают серьезного значения физическим потребностям и праву на их удовлетворение. У них нет времени, чтобы сходить в туалет: прежде всего - работа. Сознательно ограничивается потребление жидкости, чтобы

не было необходимости часто «исчезать». Из опасения перед грязью в чужих туалетах (брезгливость) моча длительно удерживается; кроме того, не хочется, чтобы посторонние заподозрили слабость мочевого пузыря (недостаточная открытость-честность) или нежелание помешать другим (вежливость). В профессиональной сфере такие люди обычно очень активны; они хотят чего-то добиться, иметь успех. В сфере контактов, напротив, они очень сдержанны, в отличие от других людей, они очень скованны и неуверенны. Их воображение часто направлено к грандиозным целям, в реализацию которых они сами не верят. Они сомневаются в смысле жизни. Преобладает лабильное, преимущественно тревожное настроение с опасениями неуспеха и склонностью к депрессиям. Обычно родители таких пациентов очень высоко ценили чистоплотность и достижения. Ребенок очень быстро научался свои физические потребности (например, оставаясь беспечным «упускать») контролировать и подчинять их принципу достижения. Обычный процесс мочеиспускания усложнялся в связи с тем, что функция выделения принадлежит половым органам и, таким образом, вследствие строгого, враждебного телу и морализирующего воспитания мочеиспускание бессознательно связывалось с чем-то запретным и переживалось противоречиво. Тот, у кого слабый мочевой пузырь, нередко считается слабым или незрелым человеком.

Психогенная дизурия. Известно, что «очень частая или почти постоянная эмоция, как это бывает в некоторых случаях тоски или навязчивых идей», обуславливает соответственно все более частые и стойкие висцеральные нарушения, принимающие хроническое течение (Janet P., 1911). Постоянная озабоченность, «навязчивость», связанная с каким-либо органом, «вызывает в этом органе те же явления, которые эмоция-шок может произвести

непосредственно и быстро» (Gauckler E., 1912). «Ничто так не вызывает позыва к мочеиспусканию, как вечная мысль о нем» (Dubois P., 1912). Охваченные страхами и сомнениями по поводу своего мочеиспускания больные с более или менее выраженными аффективными расстройствами могут испытывать неодолимые и частые позывы к нему лишь «вследствие излишней заботы и малейшего волнения» (Raymond F., 1903).

О степени аффективной напряженности больного свидетельствует обычно сопутствующий «настойчивой потребности мочиться» ряд неприятных ощущений и симптомов вегетативно-сосудистого генеза: озноб, похолодание кистей и стоп или ощущение жара в лице, гиперемия или, наоборот, бледность кожных покровов и, главное, чувство страха. Тревога и страх больных за свое состояние становятся объектом ипохондрической фиксации.

В основе психогенного недержания мочи лежит тот же механизм, что и при развивающейся еще в детстве патологии, описываемой как снижение чувствительности мочевого пузыря. В результате своеобразного «сенсорного дефицита» опорожнение мочевого пузыря осуществляется при этом сразу большими порциями; первый позыв к мочеиспусканию возникает при заполнении его не на 50–150 мл, как обычно, а более чем на 200 мл (и даже более чем на 85% общей его емкости) и в дальнейшем совпадает практически с настоящей потребностью мочиться, что обуславливает в итоге недержание мочи (Motzkin D., 1968). Причиной этого расстройства могут служить, очевидно, не только «местные» особенности иннервации, но также изменение порога сенсорных восприятий центральной нервной системы при определенном функциональном состоянии последней.

Цисталгия - повышенная чувствительность при пальпации мочевого пузыря, болезненные ощущения в этой

области и поллакиурия с императивными позывами к мочеиспусканию, возникающими даже при незначительном заполнении мочевого пузыря. Существует прямая зависимость цисталгии от психической травмы и особенности психического статуса больных.

Уретральная ипохондрия - неприятные и тягостные ощущения у больных в области уретры и половых органах. Болезненные ощущения возникают и в других органах: сердце ноет, в груди - «недомогание», в животе - «спазмы», голову давит, суставы и кости ломит, в паху тянет.

Сама степень ипохондрической фиксации больных, часами рассматривающих свою мочу и выдавливающих капельки слизистого секрета из уретры, отражает аффективную вовлеченность в тревогу и страхи по поводу собственной неполноценности, от которой зависит якобы вся их жизнь, все их дальнейшее существование. Всецело поглощенные своей уретрой и своим мочевым пузырем, такие пациенты настолько захвачены своим мочеиспусканием, что именно это и становится настоящей болезнью. Они действительно не могут заниматься ничем другим и отказываются от любой работы не просто из страха, что она помешает их мочеиспусканию, но и в силу абсолютной невозможности для них отойти от туалета и думать о чем-нибудь другом; для этих несчастных больных всякая социальная жизнь делается поистине невозможной. Они читают специальную литературу и упорно копаются в своем прошлом в поисках конкретной причины заболевания. Они упорно ходят от врача к врачу с жалобами, характерными для заболеваний урогенитальной сферы, стремясь найти «настоящего специалиста», который, наконец, обнаружит у них какие-нибудь патологические изменения в мочеполовых органах.

Нефроптоз. При этом заболевании больные жалуются на тяжесть и ноющую боль в поясничной области и животе, нарастающую в вертикальном положении и при движении,

ощущение перемещения или перекачивания в брюшной полости какого-то тяжелого предмета (который «как будто на ниточке висит и вот-вот, кажется, оборвется»), сочетание со всевозможными диспепсическими расстройствами (анорексией, изжогой, отрыжкой, чувством давления в эпигастрии, упорным метеоризмом, запорами и т. д.), головной болью, нарушениями сна и нередко неинфекционным субфебрилитетом. Не проходящее даже после ночного сна чувство крайней утомленности (вплоть до изнеможения), «свинцовой» тяжести в конечностях (взамен утренней бодрости), какого-то перманентного, неясного недомогания с утратой «всякой энергии и жизнерадостности» отражает при этом лишь степень астенизации таких пациентов.

Особое значение получает при этом ипохондрическая фиксация больных на нефроптозе. Для больного простого представления о страдании «блуждающей почкой» нередко достаточно, чтобы вызвать массу неприятных субъективных ощущений. Ятрогенная информация, полученная от рентгенолога или лечащего врача, способствует кристаллизации ипохондрических представлений больного и становится опорным пунктом фобических явлений и постоянных алгий, исчезающих лишь в процессе рациональной психотерапии на фоне адекватного лечения психотропными средствами.

Глава 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Псевдоневрологические расстройства - особая группа состояний, скрывающихся за маской неврологических симптомов, субъективно проявляющихся болевыми ощущениями в различных частях организма, появление и усиление которых провоцируют стрессовые ситуации.

Психическая гиперестезия - психически обусловленная повышенная чувствительность к внешним

раздражителям.

Патологически повышенная раздражительность по отношению к шумам, оптическим воздействиям или прикосновениям издавна отмечается в клиниках нервных, внутренних и кожных болезней. Психическая гиперестезия, способная превратить простое прикосновение в боль и сделать «адским» самое незначительное болезненное ощущение, ложится в основу целого комплекса соматических жалоб пациентов, у которых может болеть «все». Для таких пациентов характерно чрезвычайная интенсивность и выраженность субъективного чувства боли в ответ на минимальные местные раздражения, а также особая устойчивость их в клинической картине. Подобные пациенты страдают решительно от всего: солнечный луч, проникающий сквозь закрытые шторы, режет глаза; запахи весеннего утра вызывают «какое-то першение в горле»; осторожный стук в дверь заставляет вздрагивать всем телом и причиняет «невыносимые» мучения («точно бьют молотом по голове»); громко произнесенное слово звенит в ушах и отдается острой головной болью; тихое приглашение к обеденному столу воспринимается как «раздирающий треск»; даже первые звуки собственного голоса напоминают «скрип железа по стеклу».

Одним из наиболее частых проявлений психической гиперестезии является диффузная или локальная кожная гиперестезия. Даже легкое прикосновение одежды доставляет этим больным мучения. В отдельных случаях у женщин с эмоциональными расстройствами на фоне послеродовой астении кожная гипералгезия настолько велика, что они отказываются брать на руки своего ребенка.

Выраженная гиперестезия нередко сочетается со спонтанными болезненными ощущениями в коже, достигающими иногда степени острых миалгий или невралгий (Крайняя Л. С., 1972).

Чаще всего отмечается гиперестезия волосистой части головы, сопутствующая обычно жалобам на «страшную, дику» головную боль. Любое, даже самое мимолетное прикосновение к голове при этом очень неприятно; сильный ветер, капли дождя и просто расчесывание волос причиняют острую боль, а водные процедуры (особенно циркулярный душ) приводят в состояние крайнего раздражения.

Одним из наиболее мучительных проявлений психической гиперестезии является выраженная слуховая гиперестезия, сочетающаяся, как правило, со стойкими нарушениями сна. Непереносимость резких звуков («как будто не ушами, а мозгом чувствую звук») делает таких пациентов очень трудными в быту и порождает неизбежные конфликты с окружающими. Чрезвычайная аффективная напряженность этих больных превращает их жизнь в «сплошное мучение», а ночи – в пытку: какие-то посторонние шумы и шорохи не дают заснуть, жужжание мухи доводит до отчаяния или даже до исступления, а чей-то безмятежный храп – до состояния злобы и ярости.

В клинике психосоматических расстройств встречается вкусовая гиперестезия – особая чувствительность или непереносимость целого ряда пищевых продуктов и различных запахов (даже при минимальной концентрации их в воздухе). Обонятельная гиперестезия может проявляться отвращением к прежде индифферентным или приятным ароматам (например, табака или благовоний) в сочетании с пристрастием к запахам (например, бензина или масляной краски), в норме каких-либо положительных эмоций не вызывающим.

В отличие от психической гиперестезии, при психически обусловленной **слуховой гипостезии** больные предъявляют жалобы на «снижение слуха», когда все звуки становятся тихими и приглушенными и доносятся как бы издалека, как при засыпании. Для **зрительной**

гипостезии характерно снижение остроты зрительного восприятия, повышенную утомляемость глаз при чтении, ощущение вуали, тумана перед глазами.

Психогенные расстройства слуха и зрения, не связанные с органическими изменениями, встречаются не только у взрослых, но и у детей.

Психогенные невралгии

Кожная гиперестезия часто сочетается с резкими болезненными ощущениями в виде миалгии или невралгии. Выраженные болезненные ощущения по ходу межреберных промежутков расценивают обычно как межреберную невралгию.

Возможны жалобы на боль в плечевом суставе, нарастающую по ночам с ограничением объема движений в любом направлении и развитием так называемого неподвижного, или замороженного, плеча. При этом, болевые ощущения возникают по утрам, исчезают, как только больной начинает двигать рукой и снимаются приемом антидепрессантов.

У части больных неприятные ощущения распространяются по ходу тройничного нерва (от висков к деснам и челюсти). Интенсивность их варьирует в широких пределах – от легкой парестезии с ощущением онемения и покалывания в области затылка или верхней губы (реже подбородка и нижней челюсти) на высоте аффекта до острых «прострелов», расцениваемых как невралгии, но не снимающихся производными пиразолона, а иногда и наркотическими анальгетиками.

Важнейшей особенностью псевдоневрологических нарушений является необычайная подвижность болезненных ощущений («блуждающий» характер невралгии). При этом, больной долго и безуспешно лечится то от диагностированной у него невралгии тройничного нерва, то от межреберной невралгии, то от шейного, то от пояснично-крестцового радикулита. Зона болезненных

ощущений нередко выходит за пределы области, иннервируемой тем или иным нервным стволом; при первичном осмотре она может располагаться справа, а при повторном, через несколько дней, – слева. При лечении подобных состояний следует иметь в виду необходимость применения антидепрессантов.

Псевдокорешковый синдром

Болезненные ощущения в спине и позвоночнике с преобладанием страха и тревоги описывались в качестве самостоятельного клинического понятия под названием *irritatio spinalis*, а в дальнейшем были включены в рамки *neurastheniae spinalis*, или спинномозговой ипохондрии.

Психогенная боль в пояснично-крестцовой области, обуславливает временную нетрудоспособность больных и снимается в процессе лечения антидепрессантами.

Психофизиологическая реакция, расцениваемая обычно как ишиас и люмбаго, становится в последнее время одной из масок тревожной депрессии.

В психоанализе позвоночнику и, в частности, пояснице отводится ключевая роль в ситуации «противостоять – держаться» или «сгибаться – уступать» (чем увереннее чувствует себя индивид в сфере интерперсональных отношений, тем легче ему поддерживать вертикальное положение). Развитие боли в поясничной области является свидетельством того, что пациент уже не может «держаться» (Timsit M. et al., 1973) и отказывается от активного сопротивления и агрессии (Hinz G, Pohl W, 1977). И если мигрень или невралгия тройничного нерва связываются при этом с неосознанной или невыраженной эмоцией гнева, то ишиас выступает, в конечном счете, как выражение желания уклониться от какой-либо обязанности или избежать какой-либо опасности.

У больных, лечащихся в неврологическом отделении с диагнозом «обострение пояснично-крестцового радикулита» установлена прочная психосоматическая

связь между депрессией и корешковым синдромом: любое волнение или «расстройство» тут же трансформируется в болезненные ощущения даже при полном отсутствии соответствующей симптоматики; непосредственной причиной госпитализации оказываются в конечном счете семейные неурядицы или конфликтная ситуация на производстве. Например, у одной из пациенток ежегодные «обострения корешкового синдрома» (всегда в январе) наступали с началом напряженной и ответственной работы над составлением годового отчета и прекращались вскоре после завершения последнего.

Боль в области позвоночника характеризуется отсутствием органических нарушений или незначительными признаками спондилеза. Болезненные ощущения по ходу позвоночника – спонтанные и при надавливании, то преимущественно в области остистых отростков, то распространяющиеся паравертебрально – могут фиксироваться в области определенных позвонков или локализоваться одновременно в нескольких разных участках, либо «перемещаться» с места на место. Обострение болевого синдрома часто связано с конфликтными ситуациями и протекает на фоне подавленности и тревоги. Диффузные патологические ощущения (шуршание или хруст в межпозвоночных сочленениях и крупных суставах, чувство «усталости» или «ломоты» в позвоночнике, тепла или холода вдоль него, такое впечатление, «как будто там не то битое стекло, не то песок насыпан», иногда даже ощущение «сплющивания» позвонков) делают подобных больных постоянными посетителями невропатологов и ревматологов, ортопедов и физиотерапевтов.

Расцениваемые зачастую как признаки поражения спинного мозга или костных изменений, они остаются до сих пор неиссякаемым источником диагностических ошибок, а сами больные нередко принимают их за

начальные проявления какого-то тяжелого, нераспознанного органического страдания.

Синдром беспокойных ног

Синдром беспокойных ног (restless legs, anxietas tibiарum) – ночная парестезия нижних конечностей, исчезающая при движении. Был описан французскими психиатрами еще в XIX веке.

Преходящее либо постоянное «беспокойство в ногах» с неопределенными ощущениями тепла или холода, ползания мурашек, покалывания и т.д. формируются при полном отсутствии каких-либо органических изменений. Больные испытывают «беспокойство в ногах», развивающееся на фоне относительно стойкой бессонницы с наплывами мыслей тревожно-депрессивного содержания. Подобные ощущения возникают и при раннем пробуждении, связанном с кошмарными сновидениями.

За формальными жалобами на боль (иногда судороги) в ногах скрываются своеобразные и мучительные ощущения: ноги ломит, стягивает, дергает, крутит; они зудят, подошвы как огнем горят. Эти особые, ни с чем не сравнимые ощущения изматывают больных и доводят их до отчаяния. Больные часами или всю ночь напролет ходят по комнате, разминают и растирают беспокойные ноги, расчесывают их до крови, «проветривают», охлаждают их, держат их под краном с холодной водой, и только наступление утра дает им временную передышку; днем они подобных ощущений не испытывают или, точнее, не замечают. Возможна и чисто двигательная форма этого состояния, без парестезии.

Подобные нарушения трудно курабельны и купируются в процессе тщательно подбираемой комбинированной психотропной терапии, с использованием антидепрессантов.

Глава 7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) представляет большую как диагностическую, так и терапевтическую проблему. Это обусловлено разнообразием соматических жалоб, нарушениями в эмоциональной сфере, безрезультатными поисками органических причин этого хронического страдания, с одной стороны, и безуспешностью фармакологического лечения, с другой (Табеева Г.Р., Вейн А.М., 1999).

Являясь по сути своей хронической, именно эта форма головной боли в наибольшей степени снижает качество жизни пациентов. ХЕГБ - самая частая причина длительной нетрудоспособности, дезадаптации в профессиональной деятельности и повседневной жизни. При этой форме головной боли в наибольшей степени представлена депрессия со всеми сопровождающими ее нарушениями.

Распространенность ХЕГБ в популяции составляет примерно 2 - 4%. При этом значительно чаще страдают женщины (примерно в 5 - 6 раз).

Критерии и классификация ХЕГБ

ХЕГБ представляет собой гетерогенную группу заболеваний, включающую различные формы головных болей, которые возникают ежедневно или почти каждый день в течение длительного периода времени. Главным критерием хронической ежедневной головной боли является временной фактор - наличие головных болей не менее 6 дней в неделю, не менее 4 ч. в день, не менее 15 дней в неделю, не менее 6 мес. в году.

Нозографический анализ ХЕГБ до конца не ясен. По основным клиническим проявлениям и даже в соответствии с формальными критериями IHS ХЕГБ ближе всего к хроническим головным болям напряжения. И может

создаться ложное впечатление об их идентичности.

Основную часть ХЕГБ составляют две формы первичных головных болей: в 78% случаев это трансформированная мигрень, в 15,3% - хроническая головная боль напряжения и лишь чуть больше 6% приходится на другие формы: 1) "лекарственно индуцированные" головные боли ("абузусные"); 2) мигрень с интерпароксизмальной головной болью; 3) "новая персистирующая головная боль"; 4) "hemicrania continua" - редкая форма постоянной головной боли строго гемикраниальной локализации, обладающая некоторыми "мигренозными чертами"; 5) посттравматическая головная боль; 6) цервикогенная головная боль.

Важным общим фактором этих первичных форм головных болей является возможность их клинической трансформации, т.е. являясь исходно разными по основным клиническим проявлениям с течением времени и под влиянием различных факторов у некоторых пациентов они могут преобразовываться в хронические ежедневные головные боли. Поэтому для диагностики ХЕГБ наибольшее значение имеет ретроспективный анализ анамнестических данных с изучением, как клинических особенностей исходных форм головных болей, так и поиск возможных причин и факторов, способствующих трансформации этих головных болей в ХЕГБ.

Клинические особенности ХЕГБ

Изучение клинических особенностей ХЕГБ свидетельствует о том, что они весьма неспецифичны. Характер головной боли при этой форме, как правило, монотонный (50%) и гораздо реже эта боль носит "пульсирующий" (29%) или сдавливающий (13%) характер в виде "каска" и "обруча".

Характерна топография боли - практически всегда она диффузная и билатеральная, что и является главной чертой ХЕГБ. Можно лишь выделить отдельные зоны преобладания

болевых ощущений (фронтальные, окципитальные, битемпоральные). Примечательно, что эта боль по интенсивности в большинстве случаев умеренная (55%), в некоторых ситуациях она может усиливаться.

Разнообразны сопровождающие симптомы: фотофобия (42%), фонофобия (37%), осмофобия (27%), тошнота (24%) или комбинация этих симптомов.

Факторами, усиливающими эти головные боли, являются: физическое переутомление, эмоциональный стресс, движения головой, недостаточный сон, нерегулярное питание, алкоголь, смена погоды. Таким образом, эта головная боль может провоцироваться и усиливаться от воздействия самых разнообразных факторов, что собственно отличает ее от хронической головной боли напряжения, которая не усиливается от повседневной деятельности. А факторами, уменьшающими ХЕГБ, являются отдых и сон.

Следует отметить еще одну особенность - ХЕГБ среди всех форм головных болей является лидером по представленности "коморбидных" расстройств: разнообразные вегетативные и эмоционально-аффективные нарушения, соматические жалобы в кардиоваскулярной, дыхательной и желудочно-кишечной системах и, самое главное, практически облигатное присутствие депрессивных расстройств, нередко протекающих в "маскированных" формах. Анализ этих коморбидных расстройств является крайне важным для этой категории больных, поскольку именно эти проявления в психической и соматической сферах и делают столь трудными диагностику, а самое главное, выбор адекватного лечения этих пациентов.

Трансформированная мигрень

Клиническими особенностями трансформированной мигрени (ТМ) являются: предшествующая история мигрени, семейный анамнез мигрени, "мигренозные"

симптомы (вегетативное, сопровождение, фоно-, фотофобия, возможны симптомы ауры), динамика боли в периоды менструаций и беременности, избыточное употребление анальгетиков или противомигренозных средств, ответ на антимигренозную терапию, наличие аффективных расстройств.

Критерии диагностики ТМ (S. Silberstein): 1) наличие мигренозных цефалгий в анамнезе, отвечающих критериям 1.1 - 1.6 IHS (1988); 2) ежедневные или почти ежедневные головные боли более 1 мес.; 3) длительность головной боли не менее 4 ч. в день (при отсутствии терапии); 4) наличие в анамнезе периода трансформации головной боли (увеличение частоты с одновременным снижением ее интенсивности и выраженности "мигренозных" свойств) в течение примерно 3 мес.

Не менее важным в проблеме ТМ является анализ факторов, приводящих к эволюции первичной мигрени в такой вариант ХЕГБ. Существует два возможных типа ТМ: с наличием фактора злоупотребления лекарственными препаратами и без него. Причем первый вариант встречается несопоставимо чаще. Поэтому следует обращать внимание на наличие следующих признаков: привычное использование анальгетиков (более 1000 мг аспирина) более 5 дней в неделю; использование комбинаций анальгетиков, содержащих кофеин, барбитураты (более 3 таблеток в день) более 3 дней в неделю; использование наркотических анальгетиков (более 1 таблетки в день); использование эрготамина (более 1 мг) более 2 дней в неделю. Наличие даже одного из перечисленных признаков допускает факт лекарственного злоупотребления, и понятно, что в таких случаях выбором тактики ведения больного должно быть не наращивание дозы употребляемых препаратов для усиления анальгетического эффекта, а полная отмена используемого лекарства или замена его на препараты иного класса.

Для клинической трансформации хронической мигрени принципиально важным является анализ эволюционного паттерна, который клинически выглядит следующим образом: характерные мигренозные атаки постепенно увеличиваются по частоте, появляются интериктальные головные боли, напоминающие головную боль напряжения, одновременно снижается интенсивность индивидуальных мигренозных цефалгий и яркость их вегетативного сопровождения. В конце периода трансформации безболевого промежутки практически исчезают, лишь периодически возникают интенсивные головные боли, обладающие некоторыми чертами мигренозных цефалгий.

При этом односторонние головные боли становятся билатеральными, пароксизмальные переходят в хронические, снижается интенсивность боли, сопровождающих и вегетативных симптомов.

Характер преобразования этой головной боли достаточно однотипный. Лишь в 20% может наблюдаться «острая» внезапная трансформация (после травмы, простудных заболеваний, хирургических вмешательств, соматических заболеваний или как следствие травматических жизненных событий). Гораздо чаще происходит постепенная трансформация, которая, как правило, связана с двумя обстоятельствами: наличием лекарственного злоупотребления («абузусный» фактор) и психическими факторами, среди которых ведущее значение имеют депрессивные нарушения.

Головная боль напряжения

Второй по частоте формой ХЕГБ является головная боль напряжения (ГБН), для диагностики которой разработаны соответствующие критерии IHS (1988): 1) головная боль с частотой не менее 180 дней в году; 2) семейный анамнез ХГБН; 3) отсутствие "мигренозных" черт головной боли; 4) отсутствие очаговых неврологических знаков; 5) чрезмерное употребление анальгетиков; 6) отсутствие

ответа на антимигренозную терапию; 7) наличие эмоциональных расстройств.

Головная боль напряжения (психогенная головная боль, психомиогенная головная боль, стрессорная головная боль, миалгическая головная боль, эссенциальная головная боль) определяется как «головная боль, связанная с нервным напряжением и тревогой, часто сочетающаяся с хроническим сокращением скальпа» (Гречко В.Е, 1999).

По современным данным частота ГБН составляет от 32 до 71%, а среди других форм головной боли ей принадлежит ведущее место (до 85%), при этом у женщин она встречается примерно в 3 раза чаще (Jensen R., Sandrini G., 1994; Rasmussen B.K., 1999). Следует отметить, что более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста (Sandrini G., Manzoni G.C., Zanferrari C. et al., 1993).

Этиология и патогенез ГБН продолжают оставаться предметом современных исследований.

Впервые концепция развития ГБН была предложена Н. Wolff (1963), который считал, что причиной головной боли может быть длительное напряжение скелетных мышц головы и шеи, которое проявляется болью в виде стягивания, сдавления, ощущения шлема и является проявлением тревожности, воспаления или вынужденного положения головы. Повышение напряжения мышц также приводит к сужению артериальных сосудов и появлению ишемии, а спазм капилляров, обеспечивающих питание мышц, вызывает соответствующую степень венозного застоя. Таким образом, мышца недостаточно снабжается кровью, а вследствие напряжения в ней накапливаются продукты метаболизма, которые не могут быть выведены через венозную сеть, мышца становится отеочной и болезненной. При этом, повышенная концентрация калия, возникающая во время длительного напряжения мышцы, стимулирует ее хеморецепторы и вызывает боль.

В эксперименте было показано, что повышенная концентрация внимания у студентов и определенная степень предэкзаменационной тревоги провоцирует напряжение поперечно-полосатых мышц головы и шеи (ишемию, отек и химические изменения в этих мышцах), а также вазоконстрикцию экстракраниальных артерий и появление боли. У больных с головной болью этого типа и у здоровых людей, у которых она была экспериментально вызвана, отмечалось спонтанное снижение пульсового кровотока в черепных артериях.

Таким образом, Н. Wolff (1963) выделил два периферических фактора, вызывающих развитие ГБН:

- тоническое напряжение самих мышц и как следствие ишемия, отек, электролитные, биохимические сдвиги;
- сопутствующее мышечному сокращению сужение артерий, усиливающее боль.

Установлено, что для больных с ГБН характерна функциональная недостаточность антиноцицептивной системы, а именно, нисходящего тормозного контроля со стороны супрасегментарных структур (околоводопроводного серого вещества, ядер шва среднего и продолговатого мозга, ядер ретикулярной формации и т.п.) на сегментарные и релейные интернейроны, ответственные за проведение ноцицептивных сенсорных потоков с периферии (Sandrini G., Ruiz L., Alfonsi E. et al. 1991; Jensen R., Sandrini G., 1994; Devor M., 1996).

В генезе хронической ГБН особую роль играет депрессия. Предполагается, что недостаточность серотонинергических систем мозга обуславливает как развитие депрессивных расстройств, так и хронического болевого синдрома вследствие недостаточности нисходящего антиноцицептивного контроля (Martin P.R., Marie G.V., Nathan P.R., 1992; Jensen R., Olesen J., 1996). С другой стороны, долго существующая боль ограничивает профессиональные и личные возможности человека,

заставляет его отказываться от привычных жизненных стереотипов, нарушает его жизненные планы и т.д. Подобное снижение качества жизни может порождать вторичную депрессию. Роль депрессии и соответствующих ей нейромедиаторных сдвигов в генезе хронической ГБН подтверждается достаточно высокой терапевтической эффективностью антидепрессантов (Мосолов С.Н., 1995).

Непременной составляющей клинической картины любого хронического болевого синдрома является комплекс поведенческих вербальных и невербальных реакций, объединенных термином болевое поведение. Болевое поведение, возникшее как следствие хронической боли, негативно влияет на адаптацию индивидуума и тем самым усугубляет болевой синдром (Keefe F.J., Lefebvre J., 1994; Keefe F.J., 1996).

В целом, развитие ГБН можно представить следующим образом:

- конституционально обусловленная или приобретенная недостаточность антиноцицептивной системы в условиях психоэмоционального напряжения, умственного переутомления приводит к снижению эффективного контроля боли на всех уровнях обработки ноцицептивной афферентации;
- слабоинтенсивные потоки периферической импульсации от напряженных перикраниальных и экстракраниальных мышц и(или) других тканей головы, сосудов и т.п., субъективно воспринимаются индивидуумом как диффузные болевые ощущения;
- психосоциальная дезадаптация (в частности, возникновение депрессии) вследствие особенностей личностных, эмоциональных и поведенческих реакций индивидуума создает условия для развития и прогрессирования хронической боли.

В настоящее время по результатам многочисленных исследований установлена достоверная связь между

хроническим эмоциональным стрессом и развитием ГБН (Gannon L.R., Haynes S.N., Cuevas J. et al., 1987; Martin P.R., Marie G.V., Nathan P.R., 1992; Biondi M., Portuesi G., 1994; Diamond S., 1999). У 80-90% больных с ГБН выявляются различной степени выраженности психоэмоциональные расстройства в виде повышенной возбудимости, тревоги, депрессии. Типичными являются изменения в структуре личности по тревожно-мнительному и демонстративному типам. Предполагается, что те или иные психологические расстройства обычно предшествуют развитию ГБН и являются непременным условием ее возникновения. (Боконжич Р., 1984; Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. и др., 1994; De Benedittis., Lorenzetti A., Pieri A., 1992).

Психологическая характеристика больных, страдающих различными клиническими вариантами ГБН, несмотря на общие тенденции, имеет и вполне определенные различия.

Для эпизодической ГБН характерно преобладание тревоги, тогда как при хронической ГБН, чаще выявляется депрессия. Личностные акцентуации при эпизодическом варианте либо не выявляются вовсе, либо преимущественно представлены тревожно-мнительным типом, тогда как при хронической ГБН закономерно возрастает частота демонстративных, паранойяльных и других акцентуаций, характеризующих глубокие изменения эмоционально-личностной реактивности.

В центре клинической картины ГБН находится симптомокомплекс, определяемый своеобразной картиной болевого синдрома - боль непароксизмальная, монотонная, симметричная, умеренная, сдавливающая. Она наиболее часто сопутствует состоянию физического и умственного утомления, психоэмоционального напряжения. Эта форма головной боли, как правило, наблюдается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с недостаточной двигательной активностью на

работе и в быту (Юдельсон Я.Б., Страчунская Е.Я., 1993; Pearce J.M.S., 1994).

Как и при функциональных сердечнососудистых нарушениях, за жалобами на «постоянную» головную боль скрываются обычно не слишком сильные и не столько болезненные, сколько крайне неприятные или даже мучительные («до дурноты») «непонятные» ощущения (жалобы на «простую» головную боль относительно редки). Больные описывают ее чрезвычайно фигуральным и неясным языком, говоря о полноте и напряженности в черепе или о переливании и пустоте, об ощущении, точно что-то рвется, о стискивании в висках и затылке и т. п. В отличие от головной боли органической природы эти ощущения чаще всего очень смутны, как бы приглушены и плохо поддаются определению («не знаю, как сказать; не то давит, не то распирает; нехорошо в голове; какой-то непорядок в голове, не объяснить словами»).

О психогенном происхождении головной боли свидетельствует определенная зависимость этих жалоб от внешних факторов: например, развитие ее только на работе или только дома, в выходные или праздничные дни (скрытая связь болезненных ощущений с отрицательными эмоциями самими пациентами обычно не осознается). Нередки жалобы на тяжесть в голове и тупую боль преимущественно или только по утрам (в четком соответствии с суточными колебаниями настроения), особенно в момент пробуждения, и по вечерам, по мере приближения заведомо бессонной ночи. Чувство тяжести и распираания в голове сопряжено, как правило, с наплывами неуправляемых мыслей тревожно-депрессивного содержания (голова «переполнена мыслями, пухнет от них, лопается»).

Собственно болезненные ощущения чаще всего изменчивы и мимолетны. Голова болит то слева, то справа, боль «блуждает, переходит с места на место», «боль то

тупая, то острая; то затылок жмет, то темя давит, то виски простреливает». Интенсивность, локализация и характер этих ощущений меняются день ото дня и даже в процессе беседы с врачом. Наиболее постоянны жалобы на ощущения давления и тяжести (голова тяжелая, как свинцом налитая); нередко встречается синдром так называемой неврастенической каски (ощущение полосы, обруча на голове, ремня, стягивающего лоб).

Расплывчатость тягостных болевых ощущений, «непонятных» пациенту, способствует нарастанию аффективной напряженности с тревожными мыслями по поводу своего состояния, страхом инсульта или паралича. Именно неопределенность подобных ощущений, воспринимаемых как свидетельство какого-то общего неблагополучия в организме ложится в основу ипохондрической фиксации, с формированием стойких и выраженных страхов и опасений.

Абузусная головная боль

Проблема «лекарственных головных болей» является чрезвычайно актуальной, так как предполагается, что примерно в 5 - 10% всех случаев головные боли отвечают критериям «абузусных».

Структурный анализ этого синдрома показывает, что в 65% случаев это первичная мигрень, в 27% - головная боль напряжения, а 8% - другие формы. Эти соотношения показывают в некоторой степени соответствие их и ХЕГБ.

Основной смысл «абузусной» боли заключается в следующем: регулярный или частый прием анальгетиков, препаратов эрготаминового ряда, аспирина, барбитуратов, бензодиазепиновых препаратов и других соединений, используемых для лечения мигрени и головных болей напряжения, может ухудшать существующие и вызывать дополнительные головные боли, которые сами по себе отличаются от оригинальных цефалгий. Для этих головных болей важны определенные закономерности. Во-первых,

«абузусный» фактор это неспецифический феномен - по-видимому, не существует единственного специфического лекарства, исключительно ответственного за развитие определенных головных болей. В большей степени имеют значение доза и длительность применения лекарственного препарата, а также комбинация различных лекарств. Во-вторых, лишение хронически употребляемого средства в той или иной степени улучшает состояние больного.

Проблема «абузусных» головных болей начала активно развиваться с начала 80-х годов, когда было подмечено, что пациенты, страдающие частыми мигренозными цефалгиями или головными болями напряжения, склонны к злоупотреблению анальгетиками или препаратами эрготаминного ряда. До этого была хорошо известна головная боль, вызываемая хроническим приемом фенацетина, что длительное время считали специфическим свойством этого препарата и такие боли называли фенацетиновыми. Позже Horton и Graham описали и эрготаминовые головные боли. В дальнейшем список препаратов, способных вызывать головные боли, значительно расширился. Последующие исследования показали положительную роль отмены этих препаратов и назначения антидепрессантов.

Как правило, «абузусный» фактор формируется постепенно. В начале соответствующее лекарственное средство принимается при самых начальных признаках головной боли или с целью ее предотвращения, хронический прием лекарственных препаратов становится у таких пациентов "стилем жизни". При этом анальгетический эффект препарата постепенно снижается, это, в свою очередь, ведет к увеличению дозы и комбинированию различных анальгетиков. А следствием такого неоправданного лечения и бесконтрольного применения безрецептурных анальгетиков является трансформация существующей головной боли,

хронификация ее и факт индуцирования головной боли употребляемыми лекарствами.

Эти практически важные вопросы и послужили основой выделения отдельной формы «абузусных головных болей». В соответствии с IHS она определяется как головная боль, вызванная регулярным хроническим приемом лекарств.

Основные критерии диагностики «абузусных» головных болей являются следующими:

1) головная боль развивается через 3 мес. после начала ежедневного приема лекарств; 2) установлена минимальная обязательная доза препарата; 3) головная боль носит хронический характер (не менее 15 дней в месяц); 4) головная боль резко ухудшается непосредственно после отмены препарата; 5) головная боль проходит через 1 мес. после отмены препарата.

Для «абузусного» фактора разработаны примерные дозы и определен класс препаратов, способных вызывать эти головные боли: эрготамин - не менее 2 мг в 1 день; аспирин - не менее 50 г в 1 мес.; комбинации анальгетиков - не менее 100 таблеток в 1 мес.; барбитураты - не менее 1 таблетки в 1 день или бензодиазепины (диазепам - не менее 300 мг в 1 мес.); наркотические анальгетики.

Для понимания сущности «абузусных» головных болей важно отметить одну существенную закономерность, которая заключается в том, что этот феномен развивается исключительно у лиц, исходно страдающих головными болями, и практически никогда не формируется у людей, принимающих те же препараты по другому поводу. При этом, отмена лекарственного препарата, являющегося «абузусным» фактором более чем в 60% случаев ХЕГБ, полностью купирует головную боль, а примерно в 40% остаются лишь те головные боли, которые наблюдались у пациентов до периода трансформации.

Механизмы развития зависимости от лекарственных препаратов крайне сложны. Для «абузусных» головных

более как частного варианта этой зависимости, по-видимому, имеют значение различные факторы. Прежде всего это психологические факторы, для которых определенную роль играют особенности личности, формирование особой привычки приема анальгетиков, нередко и с профилактической целью, страх перед болью. Одним из возможных нейрофизиологических механизмов формирования «абузусной» головной боли предполагается существование фактора хронической супрессии соматической афферентации, в частности в тригеминальной системе под влиянием хронического действия анальгетиков, что может приводить к повышению центральных порогов болевой перцепции и к угнетению активности эндогенных опиатов. Обсуждается возможное участие и других факторов, однако этот вопрос еще требует дальнейшего изучения.

Выработка определенных взглядов на сущность «абузусных» головных болей и определяет основную тактику их лечения. Самым важным и эффективным методом является полная отмена препарата, являющегося «абузусным» фактором. Клинический опыт показывает, что медикаментозная и поведенческая терапии являются бесперспективными в тех случаях, когда пациент продолжает ежедневный прием симптоматических средств. При этом важно выявить такой препарат, так как сами больные редко рассказывают врачам о приеме безрецептурных средств. При выявлении этого лекарственного препарата и соблюдении соответствующих критериев «абузусных» головных болей первым этапом лечения является отмена, т.е. полное исключение этого лекарства.

Методика отмены имеет некоторые особенности. В амбулаторных условиях она возможна в случаях: 1) когда речь идет о препаратах эрготаминного ряда, триптанах, неопиоидных анальгетиках, нестероидных

противовоспалительных средствах; 2) когда имеется высокий уровень мотивации пациента для избавления от этой головной боли и 3) когда имеется поддержка друзей и семьи. У таких пациентов отмена препарата должна быть резкая и внезапная.

В некоторых случаях необходима отмена препарата и в стационарных условиях: 1) при наличии лекарственной зависимости более 5 лет; 2) когда эта зависимость вызвана транквилизаторами, барбитуратами, опиоидными анальгетиками; 3) при неэффективности амбулаторного лечения; 4) при наличии высокой тревоги и депрессии. Таким больным показана постепенная отмена препарата в течение 2 - 3 нед.

Типичные симптомы отмены наблюдаются в первые 2 - 10 дней и включают «головные боли отмены», тошноту, рвоту, артериальную гипотензию, тахикардию, нарушения сна, тревогу. Припадки и галлюцинации возникают крайне редко и исключительно в случаях зависимости от барбитуратов и транквилизаторов, содержащихся в анальгетических препаратах. Поэтому следующим этапом лечения является коррекция симптомов отмены и купирование головной боли препаратами иного класса, т.е. не являющимися «абузусным» фактором. В соответствии с клиническими проявлениями возможно применение нестероидных противовоспалительных средств, ацетилсалициловой кислоты, дигидроэрготамина, β -адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов, ноотропов (пиритинол и др.).

Поскольку в формировании «абузусных» головных болей ведущее значение придается депрессивным нарушениям, важным и неотъемлемым этапом лечения является применение антидепрессантов (трициклических и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). При этом оправданность и эффективность этих препаратов для лечения «абузусных» головных болей является

доказанной. Эффективным также является и сочетание перечисленных методов с различными нелекарственными методами лечения и поведенческой терапией.

Глава 8. ПСИХОГЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

8.1. Возрастная периодизация сексуального поведения

1. Парапубертатный период (1-7 лет) соответствует первому этапу психосексуального развития, в этот период происходит формирование полового самосознания. Этот процесс можно разделить на две фазы: в первой из них происходит осознание собственной половой принадлежности, во второй - дифференцированное выделение половых признаков. Именно на этом этапе сексуальная аутоиндентификация приобретает законченный и необратимый характер.

2. Препубертатный период (7-13 лет) характеризуется формированием стереотипа полоролевого поведения, сексуальное значение которого заключается в дифференцировке мужского и женского полового стереотипа, что находит отражение как в привлекательности стиля общения с лицами противоположного пола, так и в создании условий для последующей адаптации в браке.

3. Пубертатный период (половая зрелость). Важный признак пубертатного развития - установление регулярной активности гонад, которая проявляется у девушек менструациями, а у юношей - эякуляциями. В результате внутрисекреторной активности гонад у обоих полов формируются вторичные половые признаки. К специфическим сексуальным проявлениям относятся поллюции и мастурбации. Мастурбация пубертатного периода

юношеской гиперсексуальности обусловлена биосоциальной дисгармонией между физиологическим и психическим созреванием. В связи с отсутствием нормальной половой жизни мастурбация позволяет снять или смягчить физиологический дискомфорт.

4. Переходный период становления сексуальности характеризуется беспорядочными, случайными половыми связями. Для него наиболее характерно чередование эксцессов с более или менее длительными абстиненциями, протекающими на фоне суррогатных (мастурбации, петтинг) или викарных (ночные поллюции) форм половой активности. Этот период у большинства молодых людей завершается вступлением в брак.

5. Период зрелой сексуальности характеризуется установлением индивидуального уровня половой активности, который определяется половой конституцией, системой взглядов, социальными условиями жизни. В среднем период зрелой сексуальности включает 2-3 половых акта в неделю. Уровень половой активности, максимально приближающийся к истинной внутренней потребности, определяемой конституциональными и физиологическими параметрами, обозначается как условно-физиологический ритм (УФР). В норме частота половых актов составляет для возраста до 30 лет - три сношения в неделю, старше 30 лет - два.

6. Инволюционный период характеризуется постепенным снижением половой активности, ослаблением интереса к половой жизни. Инволюционный период не имеет четкого начала, поэтому его определение требует специальных критериев:

- изменение характера либидо, заключающееся в утрате оттенка настоятельности, неудержимости;
- утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения;
- изменение характера половых абстиненций и переход

от парциальных абстиненций к абстиненциям абсолютным, или тотальным, субъективно проявляющимся в утрате тягостного характера периодов вынужденного воздержания.

8.2. Основные проявления нормальной сексуальной активности взрослого

Раздельнополость - самый первый и самый главный феномен сексуальности человека¹. Разделение человеческих особей на мужчин и женщин предполагает у каждого индивидуума полное соответствие анатомического строения половых органов, мужских или женских пропорций тела (рост, соотношение ширины плеч и таза, выраженность и распределение подкожного жирового слоя и т. д.), полового самосознания (т. е. ощущение себя представителем определенного пола) и, наконец, адекватную направленность полового влечения на противоположный пол.

Генетически пол определяется определенным набором половых хромосом, который в свою очередь, обуславливает истинный (гонадный) пол, определяемый строением половых желез (их способностью образовывать сперматозоиды или яйцеклетки). Секретируемые половыми железами гормоны строго специфичны. Их воздействие формирует соматический пол (фенотип) человека, т. е. соответствующее биологическое строение и развитие его внутренних и наружных половых органов, а также вторичных половых признаков, объединяемых в так называемую группу физических детерминат половой принадлежности субъекта, которые в значительной степени и определяют его социально-психологические

¹ Согласно мифу о происхождении эроса, который излагает Платон в «Пире», люди первоначально были гермафродитами - двойственными «женско-мужскими» существами; они чувствовали в себе такую силу, что отважились восстать против богов. В наказание Зевс разделил их на два существа (мужское и женское) и обрек на необходимость вечно стремиться друг к другу, чтобы вновь стать единым целым, преодолеть противоположность, и осуществить жажду соединения.

детерминанты.

Естественная последовательность разворачивания всего комплекса проявлений, наблюдаемых во время совокупления, получила название **копулятивного цикла**.

Первая реакция копулятивного цикла - **«психическая стадия»**, возникновение половой доминанты - осознание полового влечения, направленного на конкретный объект. Половое поведение организуется таким образом, чтобы склонить «объект» к интимной близости. Для достижения этой цели мобилизуется специальный сексуальный код, представленный мимикой, жестами, вербальным воздействием, подкрепляемый раздражением эрогенных зон.

Эрогенные зоны подразделяются на первичные и вторичные. Включение первичных эрогенных зон, как правило, происходит после возбуждения вторичных. Среди вторичных эрогенных зон выделяются экстрагенитальные зоны: рот, грудь, затылок, боковая поверхность шеи, внутренняя поверхность предплечья, поясница, живот, бедра, ягодицы, в более широком смысле - вся наружная поверхность тела. Их чувствительность и локализация очень различны.

Пре- и парагенитальные зоны: грудные соски, низ живота, малые и большие половые губы, анальная область.

Генитальные зоны распространяются на всю поверхность наружных половых органов: мошонка, внутренние половые губы, девственная плева, вход во влагалище.

Вторичные эрогенные зоны обладают различной индивидуальной чувствительностью, диапазон и интенсивность воздействия на них весьма переменны и различны и зависят от конституции, индивидуальных привычек, социальных установок партнеров, интенсивность воздействия колеблется от легкого касания до причинения физической боли. Следующая стадия копулятивного цикла - **период «предварительной игры»** партнеров, в момент

которой необходимо создать максимально благоприятную обстановку для свободной непринужденной экспрессии, свободного взаимного разъяснения и обучения.

О готовности к следующей - **эрекционной стадии** копулятивного цикла свидетельствует появление специфических сексуальных реакций, которые проявляются практически во всех физиологических системах организма. Различают генитальные и экстрагенитальные реакции. Генитальные реакции мужчины - это эрекция полового члена, выделение мукоидного секрета бульбоуретральной железы, подтягивание мошонки, подъем и увеличение объема яичек, мышечные сокращения семявыносящих путей и уретры. К экстрагенитальным реакциям женщины относят: эрекцию грудных сосков, «половое покраснение кожи», непроизвольные спазматические сокращения отдельных мышечных групп лица, туловища, конечностей и ректального сфинктера, изменение глубины и ритма дыхания, сердцебиение, подъем артериального давления, потливость. Готовность к сексуальному контакту у мужчины проявляется эрекцией полового члена.

После введения члена во влагалище и начала фрикций наступает следующая - **фрикционная (копулятивная) стадия** цикла. Продолжающаяся суммация фрикций вызывает резкое возрастание остроты сексуального возбуждения, разрешаемого в следующей стадии - эякуляции, вслед за чем происходит спад нервного возбуждения, и наступает заключительная, **рефракторная стадия** копулятивного цикла (оргазмическое удовольствие).

В момент оргазма осознанный контроль эротического поведения полностью выключается. ЭЭГ в момент оргазма не регистрирует какой-либо активности неокортекса. Во время оргазма нарушается ощущение времени. Личностным компонентом оргазма является осознание удовольствия другого. Аффективная проекция на другого

партнера проявляется в ласках как до, так и после интимной близости; все аффективные демонстрации (мимические, словесные) повышают сексуальную активность и экзальтацию партнеров.

8.3. Причины психосексуальных расстройств

Для цивилизованного человека характерна «церебрализация» его сексуального поведения, относительная подчиненность эротических отношений не столько биологическим законам страсти, сколько центральным корковым влияниям. Чем выше умственная работоспособность и творческий потенциал человека, чем живее его воображение, тем длительнее сохраняется половое влечение.

Снижение полового влечения в связи с транзиторной сублимацией (переключением сексуальной активности на повышенную деятельность в других направлениях), переносится некоторыми людьми довольно легко даже при длительном воздержании. Временное половое бессилие вследствие выполнения определенных профессиональных обязанностей проходит само собой при устранении задерживающих влияний работы и особых тревог у человека не вызывает. Полное поглощение личности умственной деятельностью, совершенно вытесняющей половое влечение, которое угасает навсегда, свидетельствует о наличии серьезных психических нарушений.

Половую активность человека определяют в настоящее время как чрезвычайно сложную психофизиологическую функцию, локализованную вдоль оси гипоталамус – гипофиз – гонады, имеющую представительство в высших корковых центрах. Под нервной регуляцией половой функции понимают динамическую функциональную систему, объединяющую клеточные структуры разных этажей нервной системы в единый регуляторный механизм.

Неразрывное сочетание нейрогуморальных и корковых компонентов в структуре либидо обуславливает необычайную лабильность последнего под влиянием не только общего жизненного тонуса и чисто ситуационных факторов, прежде всего эмоционального состояния и «настроения» индивида.

Известно, что «сознание и настроение меланхоликов неблагоприятны для пробуждения полового влечения» (Krafft-Ebing R., 1903). Более или менее выраженная гипестезия (вплоть до полной анестезии) полового чувства характерна для любых тяжелых душевных переживаний. Снижение либидо констатируют при депрессивных состояниях на фоне церебрального атеросклероза и объемных процессов головного мозга, хронических интоксикаций и заболеваний внутренних органов. Резкие колебания либидо рассматривают наряду с периодической головной болью и другими психосоматическими симптомами как одно из клинических проявлений маскированной депрессии.

Половое влечение при субдепрессивных и депрессивных состояниях чаще всего снижено или отсутствует, половой акт совершается редко не принося соответствующего удовлетворения даже при ненарушенной эякуляции и нормальном оргазме.

Расстройства половой функции возникают не только при органических заболеваниях половых органов и центральной нервной системы, но и при всевозможных невротических и псевдоневротических состояниях. Половое бессилие вовсе не обязательно имеет всегда анатомическую основу в виде местного воспалительного процесса или заболеваний других органов и систем. Психическая импотенция вследствие эмоциональных переживаний встречается чаще, чем органическая.

Более чем у 90 % больных расстройства половой функции связаны с физической или умственной усталостью, страхом перед половым актом, отвращением к сексуальному

партнеру и т. д. Решающим патогенетическим фактором психической импотенции становятся постоянные волнения и огорчения, тревоги и житейские заботы, грубые нарушения режима работы и отдыха и хронические психотравмирующие ситуации в семье и на работе. В числе непосредственных причин полового бессилия фигурируют не только длительная неблагоприятная обстановка для сексуального контакта, но и грубая дисгармония эмоциональной направленности супругов, крайняя несогласованность их действий в вопросах материального обеспечения семьи или воспитания детей, неадекватное поведение одного из супругов, конфликтные отношения с проживающими совместно родственниками, плохие квартирные условия и т.д. Особое значение получают при этом психотравмирующие обстоятельства, связанные с чувством ущерба, утратой близких, ожиданием каких-то репрессий и другими факторами, затрагивающими важнейшие аспекты существования.

Неизменным фоном психической импотенции оказываются тревога и снижение настроения (особенно на фоне общей астенизации). Постоянная половая неудовлетворенность вследствие холодности и равнодушия партнера или длительное вынужденное воздержание при затянувшемся ухаживании («жениховстве») или разлуке, приводят к невротической импотенции.

Стойкую психическую импотенцию чаще рассматривают как психосоматическое расстройство, клиническое проявление страха и тревоги.

С аффективными механизмами связан так называемый невроз ожидания – боязнь неудачи при первом половом акте, обуславливающая большую часть случаев психической импотенции.

Страх неудачи в структуре психосоматических расстройств возникает при мастурбационной ипохондрии. Страх импотенции в связи с онанизмом или половыми

излишествами в анамнезе, страх заражения жены или зачатия неполноценных детей вследствие перенесенного в прошлом венерического заболевания издавна описывается при так называемых «обручальных» психозах.

Жалобы на тягостные ощущения в области половых органов, утрату полового влечения, расстройства эрекции и мочеиспускания в сочетании с выраженной ипохондрической фиксацией и стойкими явлениями сифило- или канцерофобии расценивают как одну из масок депрессии. В беседе с больным отмечается склонность к ипохондрическому самонаблюдению с фиксацией малейших ощущений в соответствующей области и пессимистическая направленность мышления на фоне депрессивного аффекта.

У больных с функциональными сексуальными нарушениями выявляются стойкие расстройства сна. Характерны наплывы тревожно-тоскливых мыслей и воспоминаний при засыпании. Отмечаются снижение или даже полное исчезновение аппетита, заметное похудание (иногда истощение), явная склонность к запорам, приступы сердцебиений в покое. Упадок работоспособности в первой половине дня сменяется значительным повышением ее к вечеру.

Особое диагностическое значение приобретает типичный для этих пациентов пёстрый набор вегетативных расстройств: бледность и похолодание конечностей, резко выраженный и стойкий дермографизм, лабильность артериального давления и пульса, ощущение жара и приливов, пульсация в голове, повышенная потливость, сухость во рту и т. д.

На этом фоне возникают тягостные ощущения в виде парестезий и алгий (ноет, щемит, давит, зудит, жжет, дергает, прокалывает) не только в половых органах, но и в других частях тела.

Психогенная импотенция, вызванная определенными

психическими представлениями (функциональные нарушения половой функции, не имеющие отчетливого анатомического субстрата), легко развивается на фоне астенодепрессивных состояний различного генеза. При этом, физиологической основой ее является дезорганизирующее влияние аффекта на регуляторные механизмы половой функции (нарушение корково-подкорковых взаимоотношений).

Идея сексуальной неполноценности, стойко доминирующая в сознании больного психической импотенцией, возникает чаще всего как депрессивная идея, как один из симптомов стертой депрессии с вялостью и безразличием к окружающему, утратой прежних влечений и стимулов к действию. Важнейшим условием нормализации половой функции является своевременное выявление депрессии и правильная оценка патогенетической роли аффективных расстройств в развитии сексуальных нарушений.

8.4. Сексуальные расстройства у мужчин

Одним из самых частых симптомов в клинике сексопатологии считают **преждевременную эякуляцию**. Ускоренное (после 10-15 фрикций) очень быстрое (после 2-7 фрикций) или даже предшествующее началу полового акта семяизвержение отмечают у половины всех больных с функциональными половыми расстройствами.

Психическая импотенция с повышенной половой возбудимостью и преждевременной эякуляцией наиболее характерна для депрессивных состояний с преобладанием страха и тревоги. Слишком напряженная подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями может обуславливать «психическое совкупление», предшествующее действительному, первого же прикосновения к женщине оказывается при этом достаточно для срабатывания соответствующего рефлекса.

Страхи, вызывающие **коитусофобию**, способствуют ускоренному течению рефлекторных процессов эрекции и эякуляции. Нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу невроза ожидания со все большим снижением настроения в ожидании очередного «провала») доводит этих больных до того, что иногда стоит им только подумать в начале полового акта о возможности преждевременного семяизвержения, как оно сразу же наступает.

К числу тяжелых расстройств половой функции в клинике депрессивных состояний различной этиологии принадлежит **психический асперматизм** - отсутствие эякуляции и оргазма независимо от длительности фрикций при полной сохранности либидо и нормальной эрекции. Данное состояние сопряжено с перенесенной травмой или воспалительным процессом в области гениталий. Сугубо психогенная природа асперматизма отмечается при относительном, избирательном его характере: последовательно возникая при попытках половой близости с определенной женщиной (в силу достаточно сложных и насыщенных негативными эмоциями взаимоотношений с ней), он может не проявляться в аналогичной ситуации с другой.

К специфическим симптомам невротических состояний с более или менее выраженными сексуальными расстройствами относят также **поллюции**, повторяющиеся иногда в строго определенные дни. Возможны «поллюции наяву», возникающие под влиянием сильного эмоционального возбуждения (страха, гнева, крайнего нетерпения) или аффективно насыщенного умственного напряжения без всякой связи с эротическими представлениями. Описано, например, обильное извержение семени у здорового студента, едва не достигнутого бесшумно мчавшимся поездом (Тур М. В., 1929). Учащенные (ежедневные или через день, а порой и по несколько раз за ночь даже после

полового акта) поллюции сочетаются нередко с заметным ослаблением (иногда полным отсутствием) эрекции или оргазма и жалобами на длительно сохраняющиеся ощущения усталости, разбитости, вялости, тяжести в голове, «апатию к труду» и сниженное настроение. Поллюции становятся зачастую объектом особой тревоги и ипохондрической фиксации больных, испытывающих панический страх перед угрозой «потери семени» или тяжелыми заболеваниями, вызывающими это явление. Неизбежное в таких случаях усиление тревоги и еще большее снижение настроения способствуют в свою очередь дальнейшему учащению поллюций, все более замыкающих пациента в порочный круг развивающихся по спирали психосоматических нарушений. Чем длительнее существуют патологические поллюции, тем отчетливее невротические расстройства, тем больше вероятность стойкой психической импотенции.

Функциональные расстройства предстательной железы связывают обычно с частыми и продолжительными приливами крови к ней (при чрезмерном эротическом возбуждении и половых эксцессах) или с застоем ее секрета (при отсутствии сексуального удовлетворения и длительном воздержании). Анатомические особенности венозных сплетений в органах малого таза создают предпосылки для возникновения венозного полнокровия не только под влиянием сексуальных эксцессов, но также малоподвижного образа жизни и определенного режима питания. Наиболее уязвимой оказывается при этом предстательная железа - лабиринт плохо дренируемых железистых долек. Длительное венозное полнокровие предстательной железы (с периваскулярным отеком) способствует развитию в ней дистрофических процессов и задержке эвакуации секрета.

Резкое усиление венозного застоя в органах малого таза вызывает психологический стресс. Важнейшим

патогенетическим фактором утяжеления функциональных расстройств становится в таких случаях боязнь резкого усиления болезненных ощущений при эякуляции или заражения жены, ухудшения своего состояния и грядущей импотенции. Эта боязнь постепенно перерастает в стойкий страх половых контактов - **коитусофобию** с отказом от половой жизни вообще. При крайних степенях коитусофобии единственным источником получения известного сексуального удовлетворения при сохранившемся еще половом влечении остается мастурбация. Все более заметное снижение либидо и возникающая на фоне страха и тревоги психическая импотенция обрекают таких больных на вынужденное воздержание. Постоянная сексуальная неудовлетворенность, культивируемый в качестве «меры отчаяния» онанизм и тенденция к заурядным при депрессивных состояниях запорам создают благоприятные условия для застоя крови в органах малого таза и усугубления функциональных расстройств.

Страх половой близости, снижение либидо и затем потенции с прекращением половой жизни обуславливают в конечном счете потерю нормального тонуса предстательной железы, ее атонию с перерастяжением фолликулов и застаиванием в них секрета. Чем глубже аффективные расстройства, тем выраженной застой секрета в предстательной железе и нарушения ее мышечного тонуса, тем существеннее сопутствующие сексуальные нарушения (ночные поллюции и неполная эрекция, преждевременная эякуляция и т.д.).

Больные жалуются на тяжесть и «усталость в спине», тупую боль в паховой, надлобковой и пояснично-крестцовой областях, бедрах и яичках, неприятные ощущения (зуд, онемение, ползание мурашек) по ходу мочеиспускательного канала и в промежности. Больные воздерживаются от резких движений, остерегаются длительных поездок в городском транспорте (во избежание

«тряски») и предпочитают носить свободную и легкую одежду.

Клиническая картина хронического **асептического псевдопростатита** часто сочетается с расстройствами функции мочеотделения: учащенным (особенно по ночам) и подчас болезненным мочеиспусканием с императивными позывами к нему.

На психогенное или преимущественно психогенное происхождение страдания указывает последовательность возникновения симптомов: невротические расстройства с психической импотенцией предшествуют развитию хронического асептического псевдопростатита. Характерны суточные колебания состояния (резкое обострение болезненных ощущений по утрам или к вечеру), явное несоответствие крайне скудных данных объективного обследования чрезвычайно упорным и «весомым» жалобам больного и, наконец, наличие выраженных аффективных нарушений с ипохондрическими установками. Необычайное упорство течения и безуспешность всех видов антибактериального и самого энергичного местного лечения подтверждают психогенную природу болезни, а полная нормализация половой функции в процессе адекватной терапии психотропными средствами делает ее несомненной.

Важнейшим проявлением психогенной импотенции являются **расстройства эрекции**.

Снижение общего жизненного тонуса с нарастающей неуверенностью в себе и все большей гиперболизацией «трудностей бытия» ложится в основу «утраты предприимчивости» по отношению к противоположному полу. Сильным астенизирующим фактором при аффективных нарушениях с сексуальными расстройствами становятся тревожные переживания индивида по поводу снижения или утраты своего «мужского начала». Это может быть страх первой брачной ночи и первой половой

близости (страх перед дефлорацией), беременности, заражения венерическими заболеваниями или боязнь быть застигнутым врасплох.

Особое значение для развития психической импотенции в клинике депрессивных состояний имеет страх неудачи.

Убеждение в беспомощности производит беспомощность, а страх полового бессилия может быть настолько велик, что потенция никогда уже не восстанавливается. Патологическая или даже просто чрезмерная фиксация внимания на деятельности тех или иных органов означает утрату автоматизма, обеспечивающего чрезвычайную легкость выполнения соответствующей функции. Известно, что если бы наше внимание было все время направлено на наши шаги, мы ходили бы не так, как надо (Claude H., Levy-Valensi J., 1938).

8.5. Сексуальные расстройства у женщин

Преобладающая роль психологической стороны полового удовлетворения над физической - одно из основных положений женской сексопатологии. Формирование либидо и характер половой функции женщины в большей степени зависят от экстерорецептивных и психологических факторов.

Одним из наиболее распространенных сексуальных расстройств у женщин является **фригидность** (отсутствие полового влечения и специфического сладострастного чувства). 20% женщин считаются фригидными или малотемпераментными (Свядош А. М., 1982).

Развитие фригидности обуславливает чаще всего определенное аффективное состояние женщины, доминирующий тон настроения, исключающий необходимую для истинной половой близости «эмоциональную готовность» к ней. Острое или хроническое аффективное напряжение и депрессивные состояния, сопутствующие фригидности расцениваются

сексопатологами как явления вторичные, одно из нередких «осложнений» сексуальной дисгармонии.

Особое значение в формировании половой холодности имеет астения любого происхождения. Наиболее частой причиной фригидности является «депрессивный синдром домашней хозяйки». В основу половой холодности ложатся: воспоминания о потере ребенка, матери или мужа; страх перед первой брачной ночью; страх бесплодия или беременности и аборта.

Безразличное или негативное отношение к половому акту исключает специфическое эмоциональное состояние готовности к нему и пробуждение чувственного желания в первой фазе сексуального влечения женщины - периоде предварительной ласки.

Половая гипестезия, анестезия и аномальное восприятие сексуальных раздражений при особом функциональном состоянии центральной нервной системы делают невозможным какое-либо сексуальное удовлетворение.

Различают симптоматическую фригидность - временное ослабление или полную утрату полового влечения и способности к адекватному восприятию соответствующих ощущений при депрессии или астении (любого происхождения) и психогенную, возникающую под влиянием длительных психотравмирующих переживаний (Свядош А. М., 1974).

И симптоматическая, и психогенная фригидность формируется в структуре депрессии.

Психогенные гениталгии и парестезии считают одними из наиболее распространенных симптомов общей гиперестезии на фоне астении и депрессии. Весомым компонентом психогенных гениталгий являются застойные явления в области малого таза и наружных половых органов, усиливающиеся в условиях психологического стресса.

Резкая гиперестезия слизистой оболочки влагалища

обуславливает локальную боль в начале полового акта, сочетается с потерей влечения к партнеру и исключает возможность развития оргазма. Выраженная **диспареуния** (боль при совокуплении) ведет порой к социальной инвалидизации молодых женщин. Категорический отказ этих женщин от половой жизни ложится в основу тяжелых супружеских конфликтов и психотравм.

Крайней степенью диспареунии считается **вагинизм** - болезненное сокращение мышц влагалища и тазового дна (иногда также бедер, спины и брюшной стенки) возникающее при попытке полового сближения, гинекологического исследования, легчайшем прикосновении к половым органам или при одном воспоминании о них. Этот синдром описывают обычно как патологический вегетативный рефлекс, развивающийся по механизму «бегства в болезнь» в связи с осознаваемым или неосознаваемым стремлением больной уклониться от любых сексуальных контактов. Преходящую, а иногда и стойкую (на протяжении нескольких месяцев и лет) мышечную контрактуру рассматривают как типичный истерический симптом, отражающий крайнюю степень сексуального отпора (рефлекторную защиту от подлинной или воображаемой опасности). Ведущим компонентом этого очень мучительного состояния оказывается страх, связанный с половой жизнью (фобический вагинизм). Это может быть острый страх беременности, аборта, страх смерти от родов, страх заражения венерическим заболеванием и т.д. Диспареуния и вагинизм развиваются чаще на фоне серьезных аффективных нарушений, вызванных с неприятностями на работе или тяжелыми конфликтными ситуациями в семье; истинные причины их совершенно не обязательно сопряжены с каким-либо сексуальными факторами.

Стойкая истерическая контрактура (когда ноги больной

приведены так плотно, что подчас заходят одна за другую, имитируя органическую мышечную контрактуру периферического происхождения) формируется изначально в структуре определенного аффективного состояния. Симптом, возникший как следствие эмоционального стресса при действительно экстремальной для женщины ситуации (попытке изнасилования или грубом лишении девственности), в дальнейшем фиксируется у части больных по типу патологического условного рефлекса – своеобразного клинического феномена «непобедимой защиты», предупреждающего возможность повторения пережитого.

Фригидность, диспареуния и вагинизм нередко лежат в основе так называемого относительного бесплодия – стерильного брака при полном отсутствии каких-либо необратимых патологических изменений, препятствующих зачатию и нормальному вынашиванию плода.

Функциональные расстройства овуляции (при отсутствии органического поражения или аномалий развития яичников, гипофиза, щитовидной железы и других желез внутренней секреции) возникают в результате нарушения регулирующего влияния гипоталамо-гипофизарной системы. В структуре депрессивных состояний (с расстройствами сна и аппетита, похуданием и наплывами мыслей тревожно-депрессивного содержания) возможны ановуляторные циклы у женщин, испытывающих острый «голод по детям» и страх бесплодия. Причиной стерильного брака может быть **психогенный спазм маточных труб** или невозможность имплантации уже оплодотворенной яйцеклетки вследствие резко повышенного мышечного тонуса матки (вплоть до спастических ее сокращений). Это обуславливает патологическое течение беременности и самопроизвольные выкидыши на фоне длительных эмоциональных перегрузок или на высоте аффекта. Чем острее страх и тревога женщины, чем больше

ее аффективная напряженность и настороженность в определенном плане (страх неудачи, сопряженный с ожиданием беременности), тем меньше вероятность зачатия и благополучного доношивания плода.

С аффективными нарушениями связаны некоторые формы **вторичного бесплодия** – невозможность зачатия после патологически протекавшей или драматически закончившейся беременности в прошлом (причиной может быть самопроизвольный выкидыш или рождение мертвого ребенка). Чем тяжелее была психическая травма, чем сильнее страх бесплодия или повторения случившегося, тем больше вероятность и выраженность соответствующих функциональных расстройств в последующем.

Психогенные предменструальные нарушения нередко имитируют симптоматику острого живота, аллергических реакций, артериальной гипертензии и бронхиальной астмы. **Предменструальный синдром (ПМС)** проявляется наиболее ярко за 1-3 дня до менструации.

Клиническая картина предменструального синдрома отличается определенными психическими нарушениями: снижением настроения, тревогой и внутренним беспокойством; чувством физической и душевной угнетенности, недомогания и дискомфорта; расстройствами сна и кошмарными сновидениями; повышенной раздражительностью и гневливостью; излишней сосредоточенностью на собственной личности.

Не менее распространенная в широкой клинической практике **психогенная дисменорея** встречается, как правило, у эмоционально нестабильных, тревожных женщин с отчетливой тенденцией к снижению настроения. К развитию психогенной дисменореи приводят тревожное ожидание очередной менструации («невроз ожидания», возникающий после душевного потрясения при первой менструации у неподготовленных к ней девушек, при паническом страхе беременности и аборта или, наоборот,

при сильном желании иметь ребенка и боязни бесплодия). Данное состояние сопровождается тянущая, неопределенного характера, иногда схваткообразная боль в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области, возникающая преимущественно за 1–2, реже 5–6 дней до менструации и прекращается на второй день, хотя может сохраняться и до полного ее окончания. Этим ощущениям сопутствуют головная боль, разнообразные алгии, повышенная саливация, желудочно-кишечные расстройства, сердцебиение и повышенная потливость.

Одним из распространенных расстройств менструального цикла остается **психогенная аменорея** – прекращение месячных на протяжении шести месяцев и более при функциональной гипоталамической недостаточности. Психогенная аменорея возникает в результате острых стрессовых ситуаций (смерть близких, катастрофа, тяжелые конфликты, чрезвычайный испуг и т. п.). Классическим примером этого расстройства считают аменорею военного времени – отсутствие менструаций в связи с очень низкой экскрецией эстрогенов вследствие чрезмерного выделения АКТГ при эмоциональных перегрузках и вторичного снижения гонадотропной функции гипофиза. Психический фактор имеет ведущее значение в формировании функциональной аменореи; только в комбинации с ним длительное переутомление и недоедание способствуют прекращению месячных².

Психогенная аменорея сочетается с различными висцеровегетативными расстройствами, симптомами сосудистой дистонии (иногда выраженной артериальной гипертензии), субфебрилитетом, признаками гипертиреоза,

² При ретроспективном анализе и комплексном обследовании бывших узниц Освенцима установлено, что «лагерная аменорея» развилась во время пребывания в концлагере почти у 100% женщин и сохранялась в течение 1–5 лет после освобождения у 86,1%; у 19,7% женщин, попавших в концлагерь в возрасте 12–18 лет и находившихся в нем на протяжении 3–5 лет, диагностирована первичная психогенная аменорея (Glowacki С., 1976).

гипергликемией и другими гормональными сдвигами, выступающими в качестве биохимических показателей эмоционального стресса.

Функциональная психогенная аменорея у женщин старше 30 лет одержимых «идеей материнства» (страстным желанием во чтобы то ни стало иметь ребенка), иногда ложится в основу **синдрома мнимой беременности**³.

Развитию данного синдрома предшествует стойкое снижение настроения с доминирующими страхами и представлениями тревожно-депрессивного содержания (мыслями о своей биологической неполноценности, угрозе распада семьи, предстоящем одиночестве и т. д.). Нарастающая аффективная напряженность с бесконечными переходами от отчаяния к надежде достигает апогея при установлении на этом фоне психогенной аменореи; мучительные сомнения в возможности беременности сменяются на высоте аффекта убежденностью в ее наличии. Женщина ищет и находит у себя все новые и новые признаки беременности: вялость и сонливость, покалывание в груди, необычные и нередко неприятные ощущения в животе и поясничной области, учащенные позывы к мочеиспусканию и, наконец, явственное «шевеление плода».

Клиническая картина этого психогенного синдрома может включать в себя, помимо прекращения менструаций, все внешние признаки беременности и даже последующих «родов» при отсутствии плода. Отмечаются тошнота и рвота после еды, нагрубание молочных желез и выделение молозива, усиление пигментации вокруг сосков и белой линии живота, некоторая одутловатость лица, характерные полосы беременных и прогрессирующее увеличение живота. Усиленная перистальтика кишечника

³ Классическим примером в этом плане является английская королева Мария Тюдор, которая умерла через 3 года после ложных родов, «съедаемая горем» по поводу отсутствия законного престолонаследника.

воспринимается такими больными как ощущение шевеления плода. Подобные больные поступают порой в гинекологические отделения с подозрением на внематочную беременность или угрожающий выкидыш и выписываются спустя 2-3 дня в связи с отсутствием беременности.

Глава 9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

В ряду приоритетных ценностей человека здоровью безоговорочно отводится первостепенное значение. Проблема здоровья человека ставится сегодня в ряд с такими фундаментальными науками, как физика, химия, биология. По своей практической значимости и актуальности, она считается одной из сложнейших проблем современной науки.

Обобщая мнения специалистов относительно феномена здоровья, можно сформулировать несколько положений:

1. В абсолютном смысле здоровья не существует. Абсолютное здоровье – идеал.
2. Каждый человек здоров условно.
3. Каждый человек может быть здоров в определенных условиях (климат, пища, труд). Есть подходящие (нормальные) и неподходящие (вредные) жизненные условия для конкретного человека. Условия, нормальные для одного, могут быть ненормальные для другого.

Определение здоровья по ВОЗ: *«состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»* (Устав ВОЗ, 1946).

Внутренняя картина здоровья – составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным и чувственным фоном.

Выделяют три вида здоровья: физическое,

психологическое и социальное.

Физическое здоровье – важнейший компонент в сложной структуре состояния здоровья человека. Он обусловлен свойствами организма как сложной биологической системы, обладающей интегральными качествами, которыми не обладают отдельные ее составляющие элементы (клетки, ткани, органы, системы органов). Эти элементы вне связи между собой не могут поддерживать индивидуальное существование.

Физическое здоровье обуславливается способностью организма к саморегулированию. Саморегуляция составляет сущность биологической формы развития, т.е. жизни.

Физическое здоровье – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

Факторы физического здоровья:

1. Уровень физического развития.
2. Уровень физической подготовленности.
3. Уровень функциональной подготовленности организма к выполнению физических нагрузок.
4. Уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов среды обитания.

Содержание физического здоровья часто связывается с понятием возраста человека. Биологический возраст отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом. Для принятия решений о физическом, или биологическом, возрасте человека, а значит, и о состоянии его здоровья, в детском и юношеском возрасте используют

целый ряд показателей.

Критериями биологического возраста могут быть морфологические, функциональные и биохимические показатели, диагностическая ценность которых меняется в зависимости от периода развития ребенка или юноши.

Морфологические критерии – скелетная зрелость (сроки оссификации скелета); зубная зрелость (прорезывание и смена зубов); зрелость форм тела (пропорции, телосложение); развитие вторичных и первичных половых признаков.

Функциональные критерии – показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем и опорно-двигательного аппарата.

Биохимические критерии – ферментативные, гормональные и цитохимические показатели.

В практической работе пользуются так называемой зубной и половой формулами. Для оценки биологического возраста в период полового созревания учитывается развитие первичных и вторичных признаков.

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто – здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя специальные дифференциально-диагностические приемы.

Анализируя литературу по психологии здоровья, можно выделить три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью:

I. Независимые

1. Предрасполагающие:

- а) поведенческие паттерны;
- б) поддерживающие диспозиции (выносливость, оптимизм/пессимизм, сила «Я»);
- в) эмоциональные паттерны (алекситимия, репрессивный личностный стиль).

2. Когнитивные факторы:

- а) представление о болезни;
- б) восприятие риска и уязвимость;
- в) контроль.

3. Факторы социальной среды:

- а) социальная поддержка;
- б) брак и семья;
- в) профессиональное окружение.

4. Демографические переменные:

- а) пол;
- б) возраст;
- в) этнические группы и социальные классы.

II. Передающие

1. Совладание (копинг).

2. Употребление и злоупотребление веществами.

3. Виды поведения, способствующих здоровью.

4. Соблюдение правил по поддержанию здоровья и приверженность им.

III. Мотиваторы

1. Стрессоры.

2. Существование в болезни.

Рядом отечественных авторов (Громбах А.М., 1988; Карвасарский Б.Д., 1982 и др.) представили показатели психического здоровья и выделили четыре группы людей:

1-я группа - совершенно здоровые люди, жалоб нет;

2-я группа - легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа - лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы,

травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа - клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Характеристика здоровых людей (по А. Маслоу):

1. Высшая степень восприятия реальности
2. Более развитая способность принимать себя, других и мир в целом такими, какими они есть на самом деле
3. Повышенная спонтанность, непосредственность
4. Более развитая способность сосредоточиться на проблеме
5. Более выраженная отстраненность и явное стремление к уединению
6. Более выраженная автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре
7. Большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций
8. Более частые прорывы на пик переживаний
9. Более сильное отождествление себя со всем родом человеческим
10. Улучшение в межличностных отношениях
11. Более демократичная структура характера
12. Высокие творческие способности
13. Определенные изменения в системе ценностей

Переход от психологического к социальному уровню условен. На психическое здоровье воздействуют социальные факторы, семья, общение с друзьями и родственниками, работы, досуга, принадлежности к религии и т.п. Только люди со здоровой психикой чувствуют себя активными участниками в социальной системе, а само душевное здоровье принято определять как вовлеченность в общение, в социальное взаимодействие.

Социологический подход к здоровью основывается на негативном его определении. «Здоровое общество» - это то общество, где минимален уровень «социальных болезней»

(Никифоров Г.С., 1999).

Социальное здоровье находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация к физической и общественной среде, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, демократизм в поведении.

Социальное здоровье включает:

- ◆ социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности вызываемых ими экономических потерь, тяжести (т.е. угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);
- ◆ влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т.е. возможности выздоровления или смерти);
- ◆ оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных статистических показателей, составляющих социальную статистику.

Социальная среда действует на психическое и поведенческое «обрамление» болезни, поскольку она:

- ◆ формирует представления о том, какие виды поведения полезны, а какие – вредны для здоровья, на основе чего конструируется как саморазрушающее, так и самосохранительное поведение индивида
- ◆ предоставляет знания о технологических достижениях, которые могут быть использованы как для сохранения и укрепления здоровья, так и для лечения уже возникшего заболевания
- ◆ транслирует когнитивные схемы, на основе которых субъективные проявления соматического и психического дискомфорта, боль осознаются как симптомы болезни
- ◆ содержит социальные «сети», т.е. каналы

неформальной коммуникации, по которым человек может получить советы относительно своего болезненного состояния.

- ◆ предъявляет ожидания, выполняющие функцию регулятивных норм при принятии социальной роли больного.
- ◆ имеет доступные для индивида специализированные институты, миссия которых заключается в сохранении и укреплении здоровья, легитимизации статуса больного, оказании профессиональной помощи.

Выделяют следующие концептуальные модели здоровья (Калью П.И., 1998):

Медицинская модель – предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья, здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов.

Биомедицинская модель – рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.

Биосоциальная модель – в понятие здоровья включаются биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но социальным признакам придается приоритетное значение.

Ценностно-социальная модель здоровья предполагает, что здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в труде и социальной жизни, экономической, политической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели наиболее полно соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Таким образом, перспективными направлениями психологии здоровья являются изучение механизмов здоровья, развитие диагностики здоровья (определение уровней здоровья) и пограничных состояний, отношение

системы здравоохранения и профилактики к здоровым клиентам. Практическая задача – создание простых и доступных для самостоятельного применения тестов по определению здоровья и начальных стадий заболеваний, по формированию разнообразных профилактических программ.

Глава 10. КОНЦЕПЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Концепцию внутренней картины болезни (ВКБ) предложил Л.Р. Лурия (1930). Основной формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия: астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя (или аутопластическая) картина болезни», которая характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

Субъективное отношение к заболеванию называется «внутренней картиной болезни» (Р.А. Лурия), концепцией болезни, нозогнозией. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер Л., 1929) - создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлении больного о своем физическом состоянии).

Внутренняя картина болезни отражает внутреннюю картину здоровья. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Аутопластическая картина болезни зависит от сознания (осознания) заболевания. Сначала она складывается бессознательно и осознается частично. Срабатывает механизм «уход в болезнь», если человек использует болезнь, как вторичную выгоду. Например, подобный «уход в болезнь» наблюдается при нарушениях сердечной деятельности. У ответственного руководящего работника, который узнал о своей некомпетентности развился сердечный приступ, и затем он закрылся этой болезнью как щитом, чтобы сохранить свой престиж.

Внутренняя картина болезни, по мнению Лурия Р.А. (1977), находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие.

Отражение болезни в психике человека

Термин, автор, год	Содержание термина	Характеристика содержания переживания
Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1926)	Создается самим больным на основе его ощущений и переживаний, связанных с его физическим состоянием	Уровни: 1) «сенситивный» - основан на ощущениях; 2) «интеллектуальный» - размышления о

Внутренняя картина болезни (Лурия А.Р., 1944; 1977)	Все то, что испытывает и переживает больной – его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни; это сочетание восприятия, ощущений, эмоций, аффектов,	Выделяет те же уровни переживания. Особое значение отводит интеллектуальной части.
Переживание болезни (Ковалев В.В., 1972)	Общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, связанные с болезнью.	Типы переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероипный
Реакция адаптации (Шевалев Е.А., 1936)	Комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения своих физических и психических возможностей для преодо-	Реакции компенсаторного типа определяют концепцию болезни, которую создает пациент.
Позиция к болезни (Фрумкин Л.П., Мизрухин И.А., 1970)	Реакция личности по отношению к болезни.	Наиболее важна реакция больных на существенные симптомы, обращающие патогенетическую
Отношение к болезни (Рахлин)	Сознание болезни - гнозис болезни, сдвиг в психике, отношение к заболеванию.	Составляющие: восприятие своей болезни, ее оценка и пережи-

Структура аутопластической картины болезни:

1) **сензитивная** сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других

неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) **эмоциональная** сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание, а целом и его последствия;

3) **интеллектуальная** сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) **волевая** сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет «масштаб переживаний» (Либих С.С., 1979) и поведение в целом.

Масштаб переживания болезни

1. Нормозогнозия - адекватный тип реагирования, при котором больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

2. **Гипернозогнозия** - больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом.

3. **Гипонозогнозия** - склонность больных недооценивать заболевание.

4. **Диснозогнозия** - у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий.

5. **Анозогнозия** - полное отрицание болезни как таковой (типична для наркологических больных и онкологических заболеваний).

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное

отношение к заболеванию, тесно связана с *осознанием больным своей болезни*. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях). Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача (медицинского психолога) – коррекция модели болезни, коррекция «масштаба переживания». Однако при этом, следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анозогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

Психологическое реагирование на заболевание (Якубов Б.А., 1982):

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся «ассистентами» врача,

демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом.

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другими врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна

аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснить предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980):

1. **Гармонический** – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. **Эргопозитический** – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность.

3. **Анозогностический** – активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

4. **Тревожный** – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. **Ипохондрический** – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. **Неврастенический** – поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

7. **Меланхолический** – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза

суицида).

8. **Апатический** – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. **Сенситивный** – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. **Эгоцентрический** – «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. **Паранояльный** – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. **Дисфорический** – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

Амбивалентность отношения пациента к болезни

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача – искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

Ряд авторов описывают нозофильно-утилитарную личностную реакцию, которая связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Эта реакция может быть более или менее сознательной, и она может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека. С этой точки зрения выделяется **аггравация** (преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб), **симуляция** (притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о наличии болезни) и **диссимуляция** (скрывание болезни и

ее признаков).

Реакция на информацию о заболевании зависит от «значения болезни» для больного:

1) *болезнь – угроза*: типы реакций – противодействие, тревога, уход или борьба;

2) *болезнь – утрата*: типы реакций – депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) *болезнь – выигрыш или избавлении*: типы реакций – безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) *болезнь – наказания*: типы реакции – угнетенность, стыд, гнев.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление, либо капитуляция перед болезнью).

Этапы переживания болезни во времени:

1. **Предмедицинская фаза** – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. **Фаза ломки жизненного стереотипа** – больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.

3. **Фаза адаптации к болезни** – снижение напряженности и тревоги, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. **Фаза «капитуляции»** – больной примиряется с

судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

Влияние конституциональных и индивидуально-психологических особенностей на отношение к болезни

Пол. Параметр пола человека, несомненно, оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого воздействия, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Выделен реестр ценностей различных частей тела. По результатам некоторых психологических экспериментов наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Мужчины оценили половой член и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте. Кроме того, было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Возраст. Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Например, ни в каком другом возрасте столь тяжело психологически не будет реагировать человек на появление у него на коже лица фурункулов.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются так называемые «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существуют группы населения (в первую очередь люди, занимающие руководящие посты) для некоторых из которых «стыдные» являются болезни сердца (инфаркт), что связано с возможностью продвижения по службе.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Особенности темперамента. По мнению ряда авторов, экстраверты и интроверты различно реагируют на боль: экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интроверты.

Ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели,

необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивным физическим нагрузкам.

Особенности личности. К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его мировоззрение, морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены.

В личностные особенности входит и так называемая **антиципационная состоятельность**. Суть ее заключается в способности предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации. К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий, к примеру, в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти. В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ, распределяет между ними вероятности и готовит себя ко всем.

Глава 11. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Экспериментально-психологическое исследование позволяет выявить личностные особенности в структуре нервно-психических расстройств у больных соматическими заболеваниями, установить психологический аспект нарушений механизмов компенсации, оценить личность больного и систему его значимых отношений.

Используется оно и для получения дополнительных данных о заболевании, а также для диагностики,

характеристики течения и определения исхода заболевания.

Экспериментально-психологическое исследование в ряде случаев может иметь также большое значение для распознавания заболеваний. Данные его при диагностических затруднениях нередко являются существенным моментом в той системе клинических факторов, которая должна быть основой дифференциально-диагностического заключения.

В эксперименте достигается возможность объективной регистрации полученных результатов, что весьма ценно, особенно при повторных исследованиях, где необходимо точно и последовательно сопоставлять данные, полученные в разные периоды болезни и лечения.

Экспериментально-психологическое исследование должно ставить перед собой задачу не только вскрыть и подвергнуть анализу нарушения психики, но и одновременно определить, где это необходимо, уровень сохранности психики.

Важнейшим для интерпретации данных о состоянии отдельных сторон психической деятельности и возможности компенсации выявленных нарушений, и особенно в связи с задачами реабилитации, является определение уровня сохранности личности больного и структуры его изменений.

В этом плане могут быть выделены несколько аспектов исследования.

Первостепенная роль принадлежит оценке изменений эмоционально-волевой сферы и, обычно тесно связанных с ними, динамических и качественных особенностей личности, проявляющихся в степени её гармоничности, активности.

Экспериментально-психологические методы используются в клинике также для углублённого анализа психических процессов и причин, механизмов их изменений. Например, на основании клинического наблюдения можно установить наличие у больного психотравмы, но только психологическое исследование поможет установить каковы её причины, имеются ли

изменения интра- и интерперсонального характера, каков прогноз выхода из невротического состояния, имеются ли изменения других психических сфер.

Результаты экспериментально-психологического исследования могут быть полезными и для выбора тактики последующей психотерапевтической коррекции, так как характеризуют особенности контакта с больным, его отношение к ситуации эксперимента, степень понимания роли собственных ошибок в возникновении конфликтных ситуаций, способствовавших развитию невротического состояния, интерес к совместному обсуждению его проблем.

Сам по себе психологический эксперимент может иметь психотерапевтическое значение. Особенно возрастает психотерапевтическое значение экспериментально-психологического исследования при повторении его в процессе лечения. Установление корреляции между улучшением самочувствия больного, положительными сдвигами «внутренней картины болезни» и объективно регистрируемыми улучшившимися показателями психической деятельности, способствует повышению психического тонуса больных и уверенности в выздоровлении.

Разумеется, это требует особого психотерапевтического построения экспериментов, методически отличающегося от исследования, проводимого в диагностически-экспертных целях.

11.1. Условия проведения экспериментально-психологических исследований

Проводить психологическое исследование должен квалифицированный специалист: психолог или врач, прошедший подготовку по медицинской психологии.

Перед исследованием экспериментатор должен установить непосредственный контакт с больным, расположить его к себе. Обычно беседу начинают с уточнения паспортных данных: фамилии, имени, отчества испытуемого, его возраста, профессии, образования. Интересуются, живы ли родители, выясняют наличие

братьев, сестер, каким ребёнком в семье родился больной, расспрашивают его о семье, детях.

Во время такой беседы экспериментатор может сделать выводы об отношении испытуемого к исследованию, охотно ли больной вступает в контакт, насколько он свободен в реакциях, раскован или напротив напряжён, возбуждён, гиперактивен, имеются ли выраженные эмоциональные проявления: слезы, смех, или напротив, отмечается эмоциональная уплощенность, выражены ли вегетативные реакции.

После сбора необходимых анамнестических данных следует дать инструкцию относительно последующего эксперимента. Как правило, инструкция даётся устно, однако при проведении некоторых исследований инструкция может быть предъявлена и в письменной форме. Перед началом исследования экспериментатор должен быть твердо уверен в том, что испытуемый понял инструкцию.

Для большей достоверности ответов и достижения достаточной мотивации, испытуемого предупреждают, что результаты исследования никому, кроме врача, не будут известны и помогут в лечении.

Обработка результатов психологического исследования должна проводиться строго в соответствии с инструкцией по применению данного метода исследования. После обработки результатов проводится их интерпретация с учётом задач, поставленных экспериментатором, и составляется заключение.

11.2. Рекомендуемые методики экспериментально-психологического исследования соматических больных

При выборе комплекса методик, которые могут быть использованы для исследования соматических больных, должны быть учтены следующие принципы:

- Относительная простота применяемых методик
- Быстрота их проведения
- Полнота изучения исследуемого явления

- Взаимная дополняемость применяемых методик
- Высокая суммарная валидность

Достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения.

Главной задачей экспериментально-психологического исследования соматических больных является изучение их «внутренней картины болезни», её гносеологического и эмоционального компонентов.

Причём, если первый представляет собой умозаключения больного, продукт его логической переработки информации о болезни, полученной из разных источников, то второй – проявляется эмоциональными реакциями страха и тревоги.

Конкретный сбор информации о ВКБ начинается с выслушивания жалоб больного в беседе с ним. Прежде всего, выясняется, что заставило больного обратиться к врачу: дискомфорт, тревога за состояние здоровья, невозможность трудиться и т.п. Во время беседы психолог (врач) получает информацию о модели ведущих симптомов.

При выявлении ВКБ нужно изучать уровни осознания ее элементов и источники их формирования: личный опыт переживания; суждения других больных с аналогичным заболеванием; использование научной и научно-популярной литературы; впечатления и мнения окружающих людей немедицинских специальностей и т.п.

ВКБ тесно связана с механизмами принятия решения и системой ценности личности. Для больного ценность симптомов болезни имеет не клинический, а личностный характер, поэтому они во ВКБ имеют место отличное от клинической картины болезни. Для психотерапевтической работы изучение этого различия является существенным основанием для принятия решения о стратегии воздействия на больного с целью создания у него адекватной «схемы тела».

Для изучения «схемы тела» применяются вопросы о

чувстве телесного дискомфорта, его локализации, интенсивности и динамике.

С целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями был разработан Личностный Опросник (ЛОБИ) (Приложение 2).

В изучении ВКБ необходимо определять тип эмоционального отношения человека к своему телу и проявлениям болезни. При этом, важно дифференцировать стабильный фоновый тип эмоциональных отношений и эмоциональное отношение к конкретному заболеванию в целом и его отдельным симптомам. Это важно для выявления аггравантов, симулянтов и других лиц, неадекватно реагирующих на болезнь.

Для изучения самооценки социальной значимости болезни используется опросник А. И. Сердюка (Сердюк А. И. , 1994) (Приложение 3).

В модели прогноза необходимо обратить внимание на исследование психологического отсчета времени, которое возникло у больного в связи с болезнью в целом или при появлении ее отдельных симптомов. Это важный момент в проецировании болезни в будущее. В этой же модели надо знать и представление больного об ожидаемом результате лечения, времени его появления и путях достижения желаемого результата. Это дает возможность определить наличие у больного веры в целях лечения, узнать источники его надежды на выздоровление.

Большинство практически здоровых людей сохраняют ВКБ после перенесенного заболевания в своей памяти в обобщенном, свернутом виде. Это имеет адаптивное значение и позволяет в то же время строить адекватные отношения с больными людьми.

Уровень интеллекта играет важную роль в построении структуры ВКБ. Знание о ВКБ дает возможность анализировать отношения его болезни и позволяет опре-

делить его возможности в самостоятельной борьбе с болезнью, которую он может вести, используя ВКЗ как ресурс своего личностного индивидуального существования. Именно о них писали К. и С. Саймонтоны, обращаясь к своим читателям с просьбой поощрять здоровье, а не болезнь, то есть не лишать больного возможности самому заботиться о себе, обязательно обращать внимание на любое улучшение состояния; заниматься с больным какой-то деятельностью, не относящейся к болезни; продолжать проводить время с больным, когда он начнет поправляться.

Для изучения оценки больными своего самочувствия, активности и настроения рекомендуется использовать тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей (В. А. Доскин и др., 1975) (Приложение 4); для определения уровня тревожности, как свойства психики и состояния больных – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера (C. D. Spielberger), адаптированную Ю. Л. Ханиным (1978) (Приложение 5); для оценки выраженности депрессивных состояний различного генеза – самооценочную шкалу депрессии (Self-Rating Depression – SDS) (Zung, 1965) (Приложение 6); для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии – личностный опросник Айзенка (H. J. Eysenck, 1964) (Приложение 7).

Поскольку в результате длительного соматического заболевания, как правило отмечается астенизация личности, которая находит выражение в изменении психических процессов, и в частности – активного внимания, рекомендуется использовать для качественной и количественной оценки работоспособности (упражняемости и утомляемости) больных методику счёта по Крепелину (E. Kraepelin) в модификации Шульте (R. Schulte) (Приложение 8).

Указанные методики не только соответствуют приведённым выше требованиям, но и при двукратном использовании (до и после лечения) удобны для

объективизации эффективности психотерапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Шкала жизненных событий Т. Холмса и Р. Райха (определение уровня выраженности стресса в повседневной жизни)

В шкале содержится ряд житейских событий, выраженность стрессогенного влияния которых оцениваются в баллах. В течение года у человека набирается таких событий в среднем на 150 баллов. Если их число возрастает более чем в 2 раза (300 баллов), то вероятность заболевания у такого человека составляет 80%. Если число событий в сумме составляет от 300 до 200 баллов, то риск болезни составляет 50%, а при сумме баллов от 200 до 150 – риск физической реакции на стресс составляет 30%.

Жизненные события	Стресс
1. Смерть супруги, супруга, ребенка (матери, отца)	100
2. Развод	73
3. Разрыв с партнером, разъединение с партнером	65
4. Смерть близкого члена семьи	63
5. Значительное личное повреждение или болезнь	53
6. Свадьба	50
7. Увольнение с работы, уход с работы, перемещение по	47
8. Уход на пенсию	45
9. Примирение с партнером (партнершей), супругом	45
10. Значительная перемена в здоровье или поведении членов	44
11. Беременность (для мужчин – беременность партнерши)	40
12. Сексуальные затруднения	39
13. Рождение ребенка	39
14. Изменение финансового положения	38
15. Смерть близкого друга	37
16. Смена места работы	36
17. Увеличение числа супружеских (партнерских) ссор	35
18. Растущие долги	30
19. Значительное изменение в обязанностях на работе (повышение, понижение, горизонтальный перевод)	29
20. Отъезд сына или дочери из дома (свадьба, поступление в учебное заведение)	29
21. Раздоры с родителями мужа или жены (раздоры с	29

родителями или другими членами семьи)	
22. Головокружительный личный успех	28
23. Окончание школы и (или) поступление в институт	26
24. Уход с работы (мужа, жены)	26
25. Изменение жилищных условий	25
26. Пересмотр личных привычек (одежды, манеры,	24
27. Конфликты с начальством (с преподавателем)	23
28. Изменение условий работы или рабочего времени	20
29. Перемена места жительства	20
30. Экзамены, зачеты, квалификационная аттестация	20
31. Смена привычного места отдыха	19
32. Значительное изменение в виде и количестве развлечений	19
33. Значительные изменения в общественной деятельности	18
34. Изменения в отношениях с окружающими (друзьями, коллегами и т.д.)	18
35. Нарушение сна	16
36. Изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи или близкими родственниками	15
37. Изменение привычного режима питания и количества потребляемой пищи	15
38. Отпуск	13
39. Штраф за нарушение правил уличного движения	12
40. Стрессоры, не внесенные в данную шкалу (смерть любимого животного, аборт, кража, потеря любимой вещи и пр.)	10

Приложение 2

ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК (ЛОБИ)

Личностный Опросник (ЛОБИ) разработан в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Диагностируемые типы отношений:

1. **Гармоничный (Г).** Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. **Тревожный (Т).** Непрерывное беспокойство и

мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов».

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

6. Неврастенический (Н). Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический (О). Тревожность касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги

становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

9. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

10. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь.

11. Анозогнозический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения.

12. Эргопатический (Р). «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь –

результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Техника исследования и раскодирование результатов. Больному вручают текст опросника и регистрационный лист. Разъясняется, что на каждую тему можно сделать от 1 до 3 выборов (не более!) и номера сделанных выборов обвести кружком. Если ни одно из определений не подходит, обводится символ О. Когда больной не хочет отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Однако число нулей и незаполненных граф в сумме не должно превышать трех. Время заполнения регистрационного листа не ограничено.

Раскодирование удобно осуществлять с помощью графика (см. ниже), где по абсциссе обозначены символы типов (они в скобках даны в приведенном описании типов), а по ординате отложены крестиками баллы в пользу каждого из типов:

10													
9													
8												X	
7												X	
6												X	
5												X	
4	X											X	
3	X						X	X				X	
2	X	X	X			X	X	X				X	
1	X	X	X			X	X	X				X	
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскодирования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа: Г-гармоничного, Т-тревожного и т. д. Два и более символа за один выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по одному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла. После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. Диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое чисто баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для

данного типа.

Минимальные диагностические числа для разных типов неодинаковы:

Тип отношения	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Диагностическое число													

2. Гармоничный тип диагностируется только, если не диагностируется никакой другой тип. В сочетаниях гармоничный тип не диагностируется.

Текст ЛОБИ и код для оценки результатов

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
	Самочувствие	
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	-
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Настроение	
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за	ООС

	близких, неуверенности в будущем	
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	-
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	-
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Сон и пробуждение ото сна	
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	-
2	Утро для меня - самое тяжелое время суток	-
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	-
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	-
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час	-
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую потное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Аппетит и отношение к еде	

1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует, прежде всего как средство под держать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
Отношение к болезни		
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно - не так как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П

15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к лечению	
1	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	-
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	--
3	Я был бы готов на самое мучительное, и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	-
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	-
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению, во всех них постепенно разочаровываюсь	-
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	-
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	-
13	Мне надоело бесконечное лечение, хочу только чтобы меня оставили в покое	-
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР
	Отношение к врачам и медперсоналу	
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всею по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало, что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	-
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	

6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу, что-то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают меня не приязнь	-
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	-
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к родным и близким	
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	-
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	-
4	Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	-
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	-
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	-
11	Я считаю, что заболел из-за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к работе (учебе)	
1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	

3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	-
4	Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	-
5	Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	0
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	-
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	-
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
Отношение к окружающим		
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	-
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	--
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	-
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	33
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	--
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	

9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	-
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	-
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	-
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к одиночеству	
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	-
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	-
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	-
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	-
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
	Отношение к будущему	
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ

3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	-
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	33
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей	-
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-

Приложение 3

Опросник А. И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни

Влияние любого хронического соматического заболевания на социальный статус больного, его положение в обществе и микросоциальной среде, круг интересов, уровень притязаний издавна не вызывает сомнений у клиницистов.

Естественно, что хроническое соматическое страдание приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности больного человека, необходимости формирования нового жизненного стереотипа.

При этом не так уж и важно насколько существенную роль в возникновении и течении данного заболевания можно отвести психогенным факторам, и можно ли его с уверенностью отнести к психосоматическим заболеваниям, или нет.

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия

на больного в процессе его реабилитации, ибо изменение отношения больного к своему страданию, наряду с купированием невротической симптоматики и воздействием на патогенетические механизмы психосоматического заболевания - одна из главных задач психотерапии в соматической клинике.

Вместе с тем, клинические наблюдения показывают, что разные больные зачастую вкладывают в это понятие совершенно разное содержание.

На основании опроса двух тысяч больных различными хроническими соматическими заболеваниями (А. И. Сердюк, 1994) был разработан формализованный опросник, позволяющий выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных.

Опросник включает 10 вопросов-утверждений и 5 вариантов ответов на них:

1) Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немочным(ой), сам(а) себе неприятен(а)...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

2) Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным со своей болезнью...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

3) Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить

- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

4) Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют, и даже придираются...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

5) Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

6) Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

7) После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- Безусловно да

8) Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить

- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

9) Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

10) Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не даёт возможности больше зарабатывать...

- ◆ Наверняка нет
- ◆ Скорее нет
- ◆ Затрудняюсь ответить
- ◆ Пожалуй да
- ◆ Безусловно да

Один из двух последних вариантов ответов расценивается, как свидетельствующий о высокой, либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту, или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса): 1) Ограничение ощущения силы и энергии; 2) Ухудшение отношения к больному в семье; 3) Ограничение удовольствий; 4) Ухудшение отношения к больному на работе; 5) Ограничение свободного времени; 6) Ограничение карьеры; 7) Снижение физической привлекательности; 8) Формирование чувства ущербности; 9) Ограничение общения; 10) Материальный ущерб.

Расположение их в виде векторов на диаграмме позволяет более наглядно судить о степени социальной значимости заболевания для данного больного в целом, а также о тех направлениях, которые следует рассматривать, как «мишени» или «точки приложения» психотерапевтического воздействия в процессе его медико-социальной реабилитации.

Приложение 4

Тест дифференциальной самооценки

функционального состояния (САН)

Опросник состоит из 30 строк, в каждой из которых представлены два полярных утверждения, из них 10 строк характеризуют самочувствие испытуемого (1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26), 10 – активность (3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28), 10 – настроение (5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30).

Строки сгруппированы попарно: 1, 2 – самочувствие (С), 3, 4 – активность (А), 5, 6 – настроение (Н), и т. д.

Испытуемому даётся следующая инструкция: Перед Вами два ряда слов, представляющие те или иные особенности психического состояния. Каждый признак имеет два противоположных полюса. Вам необходимо критически оценить своё состояние в настоящий момент. Для этого сначала выберите полюс, к которому Вы относите своё состояние. Чем ближе к полюсу Вы зачеркнете цифру, тем больше данное качество у Вас выражено в настоящий момент.

«3» – зачёркивайте в том случае, если оно выражено сильно;

«2» – если выражено умеренно;

«1» – если выражено в наименьшей степени;

«0» – неопределённое положение, когда Вы не можете решить - к какому полюсу отнести своё состояние.

Над ответами долго не раздумывайте. Отвечать нужно быстро.

Имейте в виду, что в каждом ряду должна быть зачёркнута только одна цифра!

Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
Весёлый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый

Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленны й
Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
Напряжённый	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленны й
Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлечённый
Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованны й
Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнурённый
Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбуждённый й
Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистич ный
Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательны й
Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованн ый
Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Исчисления показателей самочувствия, активности и настроения осуществляется следующим образом:

Вначале необходимо перевести зачёркнутые цифры в соответствующие им оценочные баллы.

Для показателей самочувствия и настроения они шифруются по шаблону № 1:

цифры опросника – 3 2 1 0 1 2 3

соответствующие им баллы – 7 6 5 4 3 2 1

Для показателя активности – по шаблону № 2:

цифры опросника – 3 2 1 0 1 2 3

соответствующие им баллы – 1 2 3 4 5 6 7

После перевода зачёркнутых цифр в оценочные баллы по каждому показателю подсчитывается сумма баллов и делится на число полученных ответов (зачёркнутых цифр), что и представляет собою собственно показатель самочувствия, активности или настроения.

Показатели самочувствия ниже 5,4 балла, активности - ниже 5,0 балла, настроения – ниже 5,1 балла расцениваются как низкие (ниже нормы).

Приложение 5

Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера (C. D. Spielberger), адаптированная Ю. Л. Ханиным представляет собой весьма надёжный и информативный инструмент для измерения тревожности как свойства личности и как состояния в какой-либо определённый момент (в прошлом, настоящем, будущем).

Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика, черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т. е. о его склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревожности различного уровня.

Как реактивная диспозиция личностная тревожность

«активизируется» при восприятии определённых «опасных» стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида.

Высокий показатель личностной тревожности даёт представление о высокой вероятности появления состояния тревожности у субъекта в ситуациях, где речь идёт об оценке его компетентности, подготовленности и воспринимаемых им как угрожающие. Эта группа людей обычно требует повышенного внимания со стороны врача.

Низкотревожные субъекты, напротив, не склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в широком диапазоне ситуаций. Вероятность возникновения у них состояния тревожности значительно ниже, хотя и не исключена в отдельных особо важных и личностно значимых случаях

Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различной интенсивности и является достаточно динамичным и изменчивым по времени.

Высокий показатель реактивной тревожности косвенно свидетельствует о выраженном психоэмоциональном напряжении пациента. Этот показатель чутко реагирует на изменения психоэмоционального состояния больного в процессе лечения и является одним из наиболее удобных для оценки эффективности психотерапевтической коррекции.

Шкала Спилбергера-Ханина состоит из 40 вопросов, в том числе из 20 вопросов, характеризующих реактивную тревожность (опросник А) и ещё 20 вопросов, характеризующих личностную тревогу (опросник Б).

Испытуемому предлагается ответить на вопросы, указав, как он себя чувствует в данный момент (реактивная тревожность, 1-20 вопросы) и как он себя чувствует обычно (личностная тревожность, 21-40 вопросы).

На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности (вовсе нет, пожалуй так, верно, совершенно верно) и по частоте выраженной личностной тревожности (почти никогда, иногда, часто, почти всегда).

Опросник «А»

Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачёркнута только одна цифра!

	Вовсе нет	Пожалуй так	Верн о	Совершенно верно
Я спокоен	1	2	3	4
Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
Я испытываю сожаление	1	2	3	4
Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
Я расстроен	1	2	3	4
Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
Я встревожен	1	2	3	4
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
Я уверен в себе	1	2	3	4
Я нервничаю	1	2	3	4
Я не нахожу себе места	1	2	3	4
Я взвинчен	1	2	3	4
Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Я озабочен	1	2	3	4
Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4

Мне радостно	1	2	3	4
Мне приятно	1	2	3	4

Опросник «Б»

Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачёркнута только одна цифра!

	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
Я обычно устаю	1	2	3	4
Я легко могу заплакать	1	2	3	4
Я хотел бы быть таким счастливым, как и другие	1	2	3	4
Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
Я вполне счастлив	1	2	3	4
Я принимаю всё слишком близко к сердцу	1	2	3	4
Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
У меня бывает хандра	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
Я так сильно переживаю свои	1	2	3	4

разочарования, что потом долго не могу о них забыть				
Я уравновешенный человек	1	2	3	4
Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

В зависимости от задач исследования каждый из опросников может применяться самостоятельно либо оба вместе. В последнем случае реактивная тревожность измеряется первой.

На заполнение обоих опросников обычно достаточно 15-20 минут. Для снижения вероятности образования установки на положительные или отрицательные вопросы в каждый из опросников включено примерно одинаковое число суждений, характеризующих высокую и низкую степень тревожности.

Ответ «1» на высокотревожные вопросы означает отсутствие либо лёгкую степень тревожности, а отметка «4» означает высокую тревожность. При обработке результатов балльные оценки в этих вопросах имеют обратную направленность.

В шкале реактивной тревожности это вопросы 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20; в шкале личностной тревожности это вопросы 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Уровень реактивной тревожности исчисляется по формуле:

$$\text{Тр} = \text{Ерп} - \text{Еро} + 50$$

Тр – показатель реактивной тревожности;

Ерп – сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Еро – сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$$\text{Тл} = \text{Елп} - \text{Ело} + 35$$

Тл – показатель личностной тревожности;

Елп – сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Ело – сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показатель, не достигающий 30 баллов, рассматривается, как свидетельствующий о низкой тревожности, от 31 до 45 баллов - умеренной, свыше 45 баллов - высокой.

Приложение 6

Самооценочная шкала депрессии (Self-Rating Depression - SDS)

Самооценочная шкала депрессии (Self-Rating Depression - SDS) (Zung, 1965), предназначенная для оценки выраженности депрессивных состояний различного генеза, адаптирована в отделении наркологии Института им. В. М. Бехтерева (Рыбакова, Балашова, 1988). Методика чувствительна к клинически слабо выраженным эмоциональным нарушениям, содержащим астенический компонент.

Шкала включает 20 пунктов - диагностических критериев депрессии, подразделяющихся на три группы: депрессивный аффект, физиологические проявления и психологические переживания, связанные с депрессивным аффектом. К последним относятся особенности самооценки, склонность к формированию интропунитивных реакций, особенности восприятия актуальной жизненной ситуации и перспективы, межличностного взаимодействия, степень эмоциональной вовлеченности в текущую деятельность.

Испытуемый оценивает каждый пункт в соответствии со своим состоянием в период тестирования по четырем градациям от «никогда или изредка» до «почти всегда или постоянно». После чего вычисляется суммарная оценка по шкале. При этом менее депрессивный пациент будет иметь низкую суммарную оценку по шкале, а более депрессивный – более высокую. Интерпретацию показателей самооценочной шкалы депрессии кратко можно представить в виде таблицы.

Таблица. Интерпретация показателей самооценочной

шкалы депрессии

Показатель шкалы	Характеристика состояния
Менее 50 баллов	В пределах нормы
50-59 баллов	Наличие минимальной, легкой депрессии
60-69 баллов	Наличие умеренной депрессии
70 или более баллов	Наличие выраженной депрессии

Вопросы	никогда	иногда	часто	почти всегда или всегда
1. Я чувствую подавленность и тоску	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	4	3	2	1
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин (мужчин), разговаривать с ними, находиться рядом	4	3	2	1
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как всегда	4	3	2	1
12. Мне легко делать то, что я умею	4	3	2	1
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	4	3	2	1

15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	4	3	2	1
17. Я чувствую, что полезен и необходим	4	3	2	1
18. Я живу достаточно полной жизнью	4	3	2	1
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	4	3	2	1

Приложение 7

Личностный опросник Айзенка (Н. J. Eysenck)

Данная методика адаптирована в ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева и используется для выявления особенностей характера, которые получили название «экстраверсия», «интроверсия» и «нейротизм».

Для «экстравертов» наиболее характерны такие черты, как общительность, отзывчивость, непринуждённость, жизнерадостность, уверенность в себе, стремление к лидерству. Они имеют много друзей, оптимистически настроены, добродушно веселы, но иногда бывают вспыльчивы, несдержанны.

«Интроверты» в большинстве своём спокойны, уравновешены, рассудительны, осмотрительны, миролюбивы, контролируют свои поступки, действия их всегда продуманы, рациональны. Круг друзей небольшой, предпочитают книги, личные встречи, высоко ценят «эстетические нормы».

«Нейротики» отличаются нестабильностью, неуравновешенностью нервно-психических процессов, эмоциональной неустойчивостью, лабильностью вегетативной нервной системы, легко возбудимы. Для них характерны изменчивость настроения, сенситивность, а также тревожность, мнительность, медлительность, склонность к пессимизму, нерешительность.

Опросник состоит из 57 вопросов. Испытуемый в процессе заполнения опросника должен ответить на

каждый вопрос либо утвердительно, либо отрицательно. 24 вопроса предназначены для выявления экстраверсии - интроверсии, 24 вопроса - нейротизма и 9 вопросов - для контроля достоверности ответов.

Инструкция:

Внимательно прочитайте каждый из предложенных вопросов и ответьте «да» или «нет», сделав отметку + в соответствующей колонке. Старайтесь отвечать быстро, не задумываясь. Помните, что «хороших» или «плохих» ответов здесь нет.

От точности и искренности Ваших ответов будет зависеть объективность результатов исследования, эффективность лечения и ценность рекомендаций.

Вопросы	ДА	НЕТ
1. Часто ли Вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы «встряхнуться», испытать возбуждение?		
2. Часто ли Вы нуждаетесь в друзьях, которые Вас понимают, могут ободрить или утешить?		
3. Вы человек беспечный?		
4. Не находите ли Вы, что Вам очень трудно отвечать «нет»?		
5. Задумываетесь ли Вы над тем, как что-либо предпринять?		
6. Если Вы обещаете что-то сделать, всегда ли Вы выполняете свои обещания (независимо от того, удобно Вам это или нет)?		
7. Часто ли у Вас бывают спады и подъёмы настроения?		
8. Обычно Вы поступаете и говорите быстро, не раздумывая?		
9. Часто ли Вы чувствуете себя несчастным человеком без достаточных на то причин?		
10. Сделали бы Вы почти всё что угодно, на спор?		
11. Возникает ли у Вас чувство робости и смущения, когда Вы хотите завести разговор с симпатичной(ным) незнакомкой(цем)?		
12. Выходите ли Вы из себя, злитесь?		
13. Часто ли Вы действуете под влиянием минутного настроения?		
14. Часто ли Вы беспокоитесь из-за того, что сделали или сказали что-либо такое, чего не следовало делать, говорить?		
15. Предпочитаете ли Вы обычно книги встречам с		

людьми? 16. Легко ли Вас обидеть? 17. Любите ли Вы часто бывать в компании? 18. Бывают ли у Вас иногда мысли, которые Вы хотели бы скрыть от других? 19. Верно ли, что иногда Вы полны энергии так, что всё горит у вас в руках, а иногда совсем вялы? 20. Предпочитаете ли Вы друзей иметь поменьше, но зато особенно близких Вам? 21. Часто ли Вы мечтаете? 22. Когда на Вас кричат, Вы отвечаете тем же? 23. Часто ли Вас беспокоит чувство вины? 24. Все Ваши привычки хороши и желательны? 25. Способны ли Вы дать волю своим чувствам и вовсю повеселиться в компании? 26. Считаете ли Вы себя человеком возбудимым и чувствительным? 27. Считают ли Вас человеком живым и весёлым? 28. Часто ли, сделав какое-нибудь важное дело, Вы испытываете чувство, что могли бы сделать лучше? 29. Вы больше молчите, когда находитесь в обществе других людей? 30. Вы иногда сплетничаете? 31. Бывает ли, что Вам не спиться из-за того, что разные мысли лезут в голову? 32. Если Вы хотите узнать о чём-нибудь, то Вы предпочитаете прочитать об этом в книге, нежели спросить? 33. Бывает ли у Вас сердцебиение? 34. Нравится ли Вам работа, которая требует постоянного внимания? 35. Бывают ли у Вас приступы дрожи? 36. Всегда бы Вы платили за провоз багажа на транспорте, если бы не опасались проверки? 37. Вам неприятно находиться в обществе, где подшучивают друг над другом? 38. Раздражительны ли Вы? 39. Нравится ли Вам работа, которая требует быстроты действия? 40. Волнуетесь ли Вы по поводу каких-то неприятных событий, которые могли бы произойти? 41. Вы ходите медленно, неторопливо?		
---	--	--

42. Вы когда-нибудь опаздывали на свидание или на работу? 43. Часто ли Вам снятся кошмары? 44. Верно ли, что Вы так любите поговорить, что никогда не упустите случая побеседовать с незнакомым человеком? 45. Беспокоят ли Вас какие ни будь боли? 46. Вы бы чувствовали себя очень несчастным, если бы длительное время были лишены широкого общения с людьми? 47. Можете ли Вы назвать себя нервным человеком? 48. Есть ли среди Ваших знакомых люди, которые Вам явно не нравятся? 49. Можете ли Вы сказать, что Вы весьма уверенный в себе человек? 50. Легко ли Вы обижаетесь, когда люди указывают на Ваши ошибки в работе или на Ваши личные промахи? 51. Вы считаете, что трудно получить настоящее удовольствие от вечеринки? 52. Беспокоит ли Вас чувство, что Вы чём-то хуже других? 53. Легко ли Вам удаётся внести оживление в довольно скучную компанию? 54. Бывает ли, что Вы говорите о вещах, в которых не разбираетесь? 55. Беспокоитесь ли Вы о своём здоровье? 56. Любите ли Вы подшучивать над другими? 57. Страдаете ли Вы от бессонницы?		
--	--	--

После заполнения бланка с помощью шаблонов подсчитывают число отрицательных и положительных ответов на те, или иные вопросы.

16 вопросов первой группы (1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56) при утвердительном ответе свидетельствует об экстраверсии, при отрицательном - об интроверсии.

8 вопросов второй группы (5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51) при утвердительном ответе свидетельствуют об интроверсии, а при отрицательном ответе об экстраверсии.

Сумма положительных ответов на вопросы первой группы и отрицательных - второй и даёт показатель экстра-

интровертированности личности испытуемого.

В интерпретации по Л. А. Ульяновой показатель в пределах 1-13 баллов свидетельствует об интровертированности (1-4 - значительно выраженной, 5-9 - выраженной, 10-13 - умеренно выраженной), 14-24 балла - об экстравертированности (14-17 - умеренно выраженной, 18-22 - выраженной, 23-24 - значительно выраженной).

24 вопроса третьей группы (2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57) при утвердительном ответе свидетельствуют об эмоциональной лабильности (нейротизме), а при отрицательном - об эмоциональной стабильности.

Уровень нейротизма до 12 баллов (число положительных ответов третьей группы) расценивается как низкий; 12-15 баллов - умеренно выраженный; 16-19 - выраженный; свыше 19-ти баллов - значительно выраженный.

3 вопроса (6, 24, 36) при утвердительном ответе и 6 вопросов (12, 18, 30, 42, 54) при отрицательном ответе свидетельствуют о необъективности ответов, возможной установочности или несостоятельности самооценки, так как правильные ответы на вопросы могут быть однозначными, и представляют собой шкалу лжи.

При превышении 5 баллов по шкале лжи результаты исследования считаются необъективными.

Если показатель экстра-интровертированности является достаточно стабильной характеристикой личности больного и имеет значение лишь для выбора тактики поведения врача в процессе общения с ним, то показатель уровня нейротизма коррелирует с выраженностью психоэмоциональной напряжённости больного и помогает объективизировать эффективность психотерапии.

Приложение 8

Методика счёта по Крепелину (E. Kraepelin) в модификации Шульте (R. Schulte)

Для изучения работоспособности-упражняемости и утомляемости больных с астеническими состояниями Е. Kraepelin ещё в 1895 году была предложена методика,

суть которой в модификации R. Schulte состоит в изучении способности испытуемых максимально быстро и точно производить сложение в уме однозначных чисел за 8 тридцатисекундных отрезков.

Испытуемому даётся бланк с 8-ю рядами пар однозначных чисел и предлагается максимально быстро складывая пары в столбик, проставлять под ними последнюю цифру результата.

Например:

6 9 0 4 2 4 1

7 2 3 1 7 8 9

ответ:

3 1 3 5 9 2 0

343446624473489672987 4

259783247653447973892 4

385938426793747439729 7

954754898484729368949 4

954526737632865947479 3

298724844544972592267 4

923634789394892427578 4

747548697923497648349 6

863769294826944769376 2

989344567543489477973 4

585747269347429843758 3

346574355429624292725 8

523935328298942878543 5

349248529644767569864 7

496349486574932474983 8

847893937652443487392 4

По истечении каждых 30 секунд задания испытуемый по команде экспериментатора переходит на следующий ряд бланка.

После окончания задания подсчитывается количество

произведённых арифметических операций и допущенных ошибок за каждый отрезок, вычерчиваются кривые работоспособности и ошибок, которые графически отражают равномерность и темп выполнения задания, наличие истощаемости (снижения числа операций и увеличения количества ошибок к концу задания), попыток концентрации активного внимания (временного увеличения числа операций и уменьшения ошибок на определённых отрезках задания), вработываемости (постепенного увеличения числа операций и уменьшения количества ошибок).

Повторное проведение исследования и наложение графиков работоспособности позволяет также объективизировать сдвиги в психоэмоциональном состоянии соматических больных в процессе психотерапии.

При наложении графиков работоспособности различных групп больных наглядно демонстрируются различия в их психоэмоциональном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: «Кафедра-М», 1998.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение/ Пер. с англ. С. Могилевского.- М.: ЭКСМО-Пресс., 2000.- 352 с.
3. Боллз Э.В. Учись жить с Синдромом Хронической Усталости. М., 1995.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.

7. Исмагилов М.Ф., Якупов р.а., Якупова А.А. Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. – 132 с.
8. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.
9. Лакосина Н. Д. Клиническая психология: Учебник для студ. мед. вузов. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 415 с.
10. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и интрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977.
11. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф.. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург. 1996. – 255с.
12. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
13. Мельченко Н.И. Клиническая психология. – Самара: Сам ГМУ, 2002. – 584 с.
14. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. - М., 1999.
15. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине (клиническое руководство) / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 108 с.
16. Николаева В.В. / Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
17. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. – 464 с.
18. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред.Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
19. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Учебник для студентов

- медицинских вузов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
20. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)// Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2
21. Соколова Е.Т. / Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1988.
22. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Хроническая ежедневная головная боль. Consilium Medicum Том I-N 2-1999 // <http://www.consilium-medicum.com>
23. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1981.

Список сайтов по психологии:

http://www.consilium-medicum.com .	http://www.veinclinic.ru
http://medpsychology.narod.ru	http://www.mariamm.ru
http://www.psychol.ras.ru	http://www.psyinst.ru
http://web.psychology.ru	http://www.positum.ru
http://www.psyberia.ru	http://hpsy.ru/edu/spb
http://www.sfera.infomsk.ru	http://www.positum.ru
http://www.PSyberLink.ru	http://psygrad.ru
http://www.imaton.com	http://psychotherapy.ru
	http://www.iptp.ru
	www.aroup.com

Российские библиотеки в глобальной сети Интернет

Российская Государственная библиотека (им. В.И.Ленина) (РГБ) <http://www.rsl.ru>

Российская национальная библиотека (Санкт-Петербург) <http://www.nlr.ru>

Российская Книжная Палата <http://www.bookchamber.ru>

Библиотека Администрации Президента Российской Федерации <http://www.maindir.gov.ru/Lib>

Государственная Центральная Научная Медицинская библиотека

<http://www.scsml.rssi.ru/menurus.html>

Библиотека Российской Академии наук

<http://www.csa.ru/BAN>

Библиотека по естественным наукам Российской Академии наук

<http://ben.irex.ru>

Научная библиотека Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова (МГУ)

<http://lib.msu.su>

Научная библиотека Новосибирского Государственного Университета

<http://www.nsu.ru/library/>

Научная библиотека Петрозаводского Государственного Университета

http://www.karelia.ru/psu/structure/Library/home_a.htm

Научная библиотека Самарского Государственного Университета

<http://www.ssu.samara.ru/common/structure/other/libraryru.asp>

Библиотека Саратовского Государственного Университета

<http://www.ssu.runnet.ru/win/bibl2.htm>

Новосибирская Государственная Областная Научная Библиотека

<http://rstlib.nsc.ru/docs/about.html>

Ярославская государственная областная универсальная научная библиотека им. М.А.Некрасова

<http://gw.Rlib.yar.ru/>